

University of Groningen

SamenOud in Oost-Groningen

Spoorenberg, Sophie; Uittenbroek, Ronald; Wynia, Klaske; Kremer, Hubertus; Reijneveld, Sijmen

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Publication date:
2016

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Spoorenberg, S., Uittenbroek, R., Wynia, K., Kremer, H., & Reijneveld, S. (2016). *SamenOud in Oost-Groningen: Uitkomsten van SamenOud: voor ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten na 12, 24 en 36 maanden*. SamenOud.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

SamenOud in Oost-Groningen

Uitkomsten van SamenOud: voor ouderen,
kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten
na 12, 24 en 36 maanden



SamenOud

in Oost-Groningen

SamenOud in Oost-Groningen

Uitkomsten van SamenOud: voor ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten
na 12, 24 en 36 maanden

UMCG

S.L.W. Spoorenberg MSc

Drs. R.J. Uittenbroek

Dr. K. Wynia

Prof. dr. H.P.H. Kremer

Prof. dr. S.A. Reijneveld

ISBN: 978-90-367-9291-2

www.samenoud.nl

info@samenoud.nl

© SamenOud, 2016

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het SamenOud-team te Groningen.

VOORWOORD

Voor u ligt het rapport met de langetermijnuitskomsten van het persoonsgerichte en integrale zorgmodel SamenOud in Oost-Groningen. Dit rapport is onderdeel van de NZa Beleidsregel Innovatie voor de financiering van SamenOud voor de periode 1 juli 2014 tot 1 juli 2017. Wat ging hieraan vooraf?

SamenOud komt voort uit het initiatief van zorgverzekeraar en zorgkantoor Menzis, Zorggroep Meander (werkmaatschappij van Espria) en UMCG. Zij realiseerden een eerste pilot over casemanagement voor ouderen met complexe zorgbehoeften in Stadskanaal. De ervaringen van deze pilot waren aanleiding een transitie-experiment bij het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) aan te vragen: dit werd gehonoreerd. SamenOud werd ontwikkeld en gerealiseerd in Oost-Groningen in 2012 en 2013. Dit gebeurde in het NPO transitie-experiment "Programma Geïntegreerde Ouderenzorg (PGO): herontwerp van het zorgaanbod naar vraaggerichte, samenhangende, proactieve en preventieve zorg en begeleiding voor ouderen" (ZonMW - NPO projectnummer 314010201). De welzijnsorganisaties Welstad, Compaen en De Badde (werkmaatschappijen van Tinten welzijnsgroep), vijftien lokale huisartsen en de gemeenten Stadskanaal, Veendam en Pekela sloten zich bij de initiatiefnemers aan.

SamenOud bleek al snel succesvol in de praktijk. Na de geplande 12 maanden van testen en onderzoeken kon SamenOud, met behulp van de NZa Beleidsregel NPO, verlengd worden met nog eens 12 maanden tot juli 2014. Daarna was het subsidiegeld op. De business case van SamenOud liet zien dat het aannemelijk is dat SamenOud besparing kan opleveren van gemiddeld €274 per oudere per jaar. Resultaten van onderzoek waren nog niet beschikbaar, maar ouderen, aanbieders en financiers van zorg en welzijn waren het eens: SamenOud moest, ook nadat het subsidiegeld op was, doorgaan.

Tijdens een bijeenkomst (26 september 2013) met ouderen en stakeholders, werd een intentieverklaring getekend door Roger van Boxtel, bestuursvoorzitter van Menzis, en de wethouders Klaas Steenhuis (Veendam), Jan Willem van de Kolk (Stadskanaal) en Anneke Duit (Pekela). Doel was gezamenlijk te onderzoeken of (financiële) borging van SamenOud mogelijk was. Dit resulteerde in de financiering van SamenOud voor nog eens drie jaar (tot 1 juli 2017) door Menzis via de NZa Beleidsregel Innovatie. Onderdeel van de overeenkomst voor de beleidsregel was het uitvoeren van onderzoek naar de langetermijnuitskomsten van SamenOud voor ouderen, de kwaliteit van zorg en de kosten. In dit rapport worden deze uitkomsten gepresenteerd.

Eerder al (11 februari 2015) werden de kortetermijnuitskomsten (na 12 maanden) gepresenteerd. Deze laten zien dat de gezondheid van ouderen gelijk blijft, het welbevinden en de zelfredzaamheid toenemen, evenals de ervaren kwaliteit van zorg. De kosteneffectiviteitsstudie laat na 12 maanden geen positieve uitkomsten zien: door de extra kosten die de interventie met zich

meebrengt, vallen de totale kosten van zorggebruik (Zvw, AWBZ, Wmo en informele zorg) in de SamenOud groep hoger uit dan in de controlegroep (gebruikelijke zorg). Hierbij werd geen rekening gehouden met het verschil in kosten bij de start (baseline) van SamenOud. Daarom werd ook een kostenstudie uitgevoerd. Deze laat zien dat er geen verschil is in toename van de kosten tussen de SamenOud-groep en de controlegroep, behalve voor de ouderen met het risicoprofiel Kwetsbaar.

De uitkomsten van deze studie naar de langetermijnuitskomsten kunnen bijdragen aan de besluitvorming over verdere verspreiding en financiële borging van SamenOud¹.

Klaske Wynia, onderzoeker persoonsgerichte en integrale zorg

Universitair Medisch Centrum Groningen

16 december 2016

¹ De elektronische versie van het rapport en een factsheet met de belangrijkste bevindingen staan op de website van SamenOud.

INHOUDSOPGAVE

MANAGEMENTSAMENVATTING	4
1 INLEIDING	7
2 METHODEN	8
3 DEELNEMERS	11
4 RISICOPROFIELEN: VRAGENLIJSTEN EN IN DE PRAKTIJK	13
5 GEZONDHEID	15
6 GEZONDHEIDGERELATEERDE PROBLEMEN	17
7 ZELFREDZAAMHEID	20
8 KWALITEIT VAN LEVEN EN WELBEVINDEN	21
9 KWALITEIT VAN ZORG	23
10 ZORGGEBRUIK EN KOSTEN	24
11 CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN	26
REFERENTIES	29
BIJLAGEN	30

MANAGEMENTSAMENVATTING

Dit rapport beschrijft de langetermijnuitskomsten (januari 2012 - januari 2015) voor ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten van het persoonsgerichte en integrale zorgmodel SamenOud.

Box 1 Kernbevindingen

- Overall zijn de uitkomsten van SamenOud voor de ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten op de langetermijn gunstig.
- Ouderen die individuele begeleiding ontvangen blijken hier baat bij te hebben.
- Deze individuele begeleiding bereikt nog niet alle deelnemers aan SamenOud in voldoende mate. Hierin kan de uitvoering van SamenOud verder verbeterd worden.
- De totale kosten (Zvw, AWBZ en Wmo) voor de totale groep ouderen blijven drie jaar gelijk.
- De vergelijking met benchmarkgegevens voor de gemiddelde kosten per oudere (75-plus) voor de Zvw (bron: Menzis) vallen de eerste jaren gunstig uit voor SamenOud. In het derde jaar stijgen de kosten voor de robuuste ouderen door toename in de kosten voor de medisch specialistische zorg, huisartszorg en mondzorg (Zvw).

De bevindingen voor de 'totale groep' thuiswonende ouderen (75-plus) voor de interventieperiode van 36 maanden zijn:

- De algemene gezondheidstoestand van ouderen blijft nagenoeg stabiel;
- De algemene kwaliteit van leven voor ouderen neemt het eerste jaar af en stabiliseert daarna;
- De prevalentie en ernst van gezondheidgerelateerde problemen nemen (duurzaam) af;
- De zelfredzaamheid van ouderen neemt (duurzaam) toe;
- De ervaren kwaliteit van zorg blijft gelijk en de mate van implementatie van integrale zorg neemt toe;
- De totale kosten (Zvw, AWBZ en Wmo) voor de ouderen veranderen niet.

De vergelijking met benchmarkgegevens voor de gemiddelde kosten per oudere (75-plus) voor de Zvw (bron: Menzis) laat zien dat de kosten voor de deelnemers aan SamenOud 12 en 24 maanden na baseline minder stijgen dan in de benchmarkgegevens (respectievelijk 0% en 3% voor SamenOud versus 1% en 8% voor de benchmarkgegevens). Na 36 maanden zijn de kosten voor de deelnemers aan SamenOud hoger dan in de benchmarkgegevens (14% versus 8%). Dit komt door de kostenstijging na 24 maanden voor ouderen met het risicoprofiel Robuust, waarbij de kosten voor de medisch specialistische zorg (58%), huisartszorg (46%) en mondzorg (43%) toenemen.

De uitkomsten per risicoprofiel laten een gevarieerder beeld zien dan voor de totale groep. De uitkomsten voor ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften zijn overwegend gunstig. Die

voor de ouderen met de risicoprofielen Kwetsbaar en Robuust zijn minder gunstig. Wat betreft de kosten zien we na 36 maanden dat deze gelijk blijven voor de risicoprofielen Complexe zorgbehoeften en Kwetsbaar, terwijl voor de robuuste ouderen na 36 maanden de kosten voor de Zvw toenemen. Exploratie van de oorzaak van de verschillen in uitkomsten tussen de profielen behoeft aandacht.

Opvallend zijn de verschillen tussen de profielindelingen 'in de praktijk' en op basis van 'de vragenlijsten'. Professionals en ouderen beslissen (na verloop van tijd) dat de individuele begeleiding kan stoppen voor een groot deel van de ouderen: 47% van de ouderen met complexe zorgbehoeften en 54% van de kwetsbare ouderen wordt overgezet naar het risicoprofiel Robuust. Dit terwijl deze ouderen op basis van wat zij invullen op de vragenlijsten individuele begeleiding zouden moeten blijven ontvangen. Voor de ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften komt dat overeen met de verwachting dat een deel kortdurend individuele begeleiding nodig zou hebben. Verder is het zo dat van de robuuste ouderen na 24 maanden een groot deel (39%) kwetsbaar is geworden op basis van de uitkomsten van de vragenlijsten. In de praktijk stromen deze ouderen veelal niet door naar het intensievere zorgaanbod (met individuele begeleiding) voor het risicoprofiel Kwetsbaar. Deze bevindingen, in combinatie met de minder gunstige uitkomsten voor de ouderen met de risicoprofielen Kwetsbaar en Robuust, betekenen dat er nader onderzoek nodig is naar redenen om de individuele begeleiding te stoppen of niet te starten voor 'nieuwe' kwetsbare ouderen.

Ouderen met risicoprofielen Kwetsbaar en Complexe zorgbehoeften die individuele begeleiding ontvangen hebben hier baat bij. Dit blijkt uit resultaten van kwalitatieve onderzoeken naar de betekenis van deze begeleiding. Zij laten zien dat ouderen meer eigenregie en controle ervaren en zich veilig en geborgen voelen. Casemanagers geven aan dat ze beter kunnen aansluiten bij wensen en behoeften van ouderen en escalaties kunnen voorkomen. Huisartsen bevestigen dit laatste: zij hebben het gevoel 'hun ouderen' goed in beeld te hebben en daardoor vroegtijdig kunnen anticiperen. De uitkomsten laten verder een, duurzame, sterke afname zien van de prevalentie en ernst van de ervaren gezondheidsproblemen bij ouderen die individuele begeleiding ontvangen. Het lijkt erop dat deze begeleiding ouderen helpt de gevolgen van het ouder worden te hanteren dan wel op te lossen. Dit pleit voor een regelmatige gestructureerde inventarisatie van ervaren gezondheidsproblemen (anamnese) en het opstellen van een zorgleefplan door de casemanagers. In de praktijk vindt deze inventarisatie lang niet altijd plaats. Nader onderzoek naar redenen hiervoor is gewenst.

Overall zijn de uitkomsten van SamenOud voor de ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten op de langetermijn overwegend gunstig, met name voor ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften. Hoewel de uitkomsten niet zondermeer toegeschreven kunnen worden aan SamenOud lijkt de trend van afname van algemene gezondheid en welbevinden en toename van

kosten doorbroken te worden. Op onderdelen kan de uitvoering van SamenOud verbeterd worden. Daardoor kunnen wellicht de uitkomsten voor de ouderen met de risicoprofielen Kwetsbaar en Robuust verbeterd worden.

1 | INLEIDING

Het aantal 75-plussers in Nederland is de afgelopen decennia sterk gestegen. De levensverwachting stijgt, maar de gezonde levensverwachting blijft hierbij achter.¹ In samenhang daarmee heeft meer dan de helft van de 75-plussers één of meer langdurige aandoeningen en meer dan een derde is beperkt in het bewegen, of heeft minstens één beperking in activiteiten van het dagelijks leven.^{2,3} Het is dan ook niet verwonderlijk dat vooral na het 75^e levensjaar het aantal mensen dat ondersteuning nodig heeft toeneemt en daarmee de vraag naar langdurige zorg en begeleiding groeit.⁴ Tegelijkertijd stijgen de zorgkosten in Nederland. Vooral de kosten van langdurige zorg dragen bij aan die stijging en zullen naar verwachting verdubbelen in de komende decennia.⁵

Persoonsgerichte en geïntegreerde zorgmodellen (“person-centred and integrated care models”) bieden mogelijk een oplossing voor deze problemen.^{6,7} SamenOud is een dergelijk persoonsgericht en geïntegreerd zorgmodel. Zie Bijlage 1 voor een uitgebreide beschrijving. Doel van SamenOud is het welbevinden en de zelfredzaamheid van ouderen in stand te houden of te bevorderen zodat zij zo lang als mogelijk en wenselijk thuis kunnen blijven wonen, de kwaliteit van zorg te verbeteren en de (stijgende) kosten voor zorg en begeleiding te beheersen.

In dit rapport worden de langetermijnnuitkomsten gepresenteerd. Waar mogelijk worden deze gekoppeld aan de kortetermijnnuitkomsten zodat een trend over meerdere jaren zichtbaar wordt. Tot slot worden de korte en langetermijnnuitkomsten met elkaar verbonden en bediscussieerd. Waar mogelijk worden conclusies en adviezen geformuleerd. De kortetermijnnuitkomsten worden beschreven in Bijlage 2 en in eerdere publicaties (zie referenties).

2 | METHODEN

In dit hoofdstuk worden eerst de deelnemers aan SamenOud beschreven en vervolgens de methoden van onderzoek met een beschrijving van de studie(s) met hun meetinstrumenten en analysemethoden.

Deelnemers

In 2012 is SamenOud gestart bij vijftien huisartsen in Oost-Groningen. In het eerste interventiejaar (2012-2013) zijn ouderen (willekeurig) toegewezen aan de interventiegroep die de interventie SamenOud kreeg, of de controlegroep die de gebruikelijke zorg kreeg. In 2013 zijn de interventiegroep en controlegroep samengevoegd en kregen alle ouderen, dus ook de ouderen uit de controlegroep, de interventie SamenOud.

De rapportage van de langetermijnuitskomsten van SamenOud gaat over de uitkomsten na 24 en 36 maanden ten opzichte van de start. Van de ouderen die sinds 2012 de interventie SamenOud kregen konden de uitkomsten tot 36 maanden (ten opzichte van de start) gerapporteerd worden. Van de ouderen die sinds 2013 de interventie SamenOud kregen konden de uitkomsten tot 24 maanden (ten opzichte van de start) gerapporteerd worden. In Figuur 1 is dit grafisch weergegeven.



Figuur 1 Interventiejaar en meetmomenten

Wijze van gegevensverzameling

Om de langetermijnuitskomsten in kaart te brengen werd een longitudinale studie uitgevoerd met meetmomenten bij de start en na 12, 24 en 36 maanden. Op deze momenten werden gegevens verzameld:

- met vragenlijsten voor ouderen
- uit de zorgdossiers van de ouderen
- met vragenlijsten voor de professionals
- uit de databases van zorgverzekeraar, zorgkantoor en gemeenten.

Steeds worden de uitkomsten na 12, 24 en 36 maanden vergeleken met de uitkomsten bij de start zodat de uitkomsten van SamenOud voor zowel de korte als langetermijn inzichtelijk worden. Daarbij

worden de uitkomsten voor alle deelnemende ouderen (de totale groep) en voor de ouderen in de drie risicoprofielen weergegeven. In de tekst van dit rapport worden alle uitkomsten beschreven en toegelicht met meestal één figuur. In de Bijlagen zijn alle uitkomsten opgenomen in tabellen en figuren.

Uitkomsten en meetinstrumenten

De volgende uitkomstmaten en meetinstrumenten zijn gebruikt:

1. Gezondheidstoestand is gemeten met de EuroQol-5D-3L met vijf vragen over mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie en een meetlat, Visueel Analoge Schaal (VAS), om de gezondheidstoestand in een getal tussen 0-100 weer te geven.⁸
2. Complexiteit van zorgbehoeften is gemeten met de INTERMED-E-SA. Deze vragenlijst omvat twintig vragen en meet de complexiteit van de (zorg)behoeften in vier domeinen (biologische, psychologische en sociale behoeften en het zorgsysteem) en in verschillende tijdsperspectieven (verleden, heden en toekomst).⁹
3. Mate van kwetsbaarheid is gemeten met de GFI, met vijftien vragen betreffende het fysiek, sociaal, cognitief en psychologisch domein.¹⁰
4. Gezondheidgerelateerde problemen zijn gemeten met de SamenOud-anamnese, de 'GeriatricS', en bestaat uit 29 onderwerpen die gegroepeerd zijn in zes clusters: Mentale functies, Fysieke gezondheid, Mobiliteit, Persoonlijke verzorging, Voeding en Ondersteuning.¹⁵
5. De indeling van de oudere in een passend risicoprofiel wordt bepaald: 1) op basis van de antwoorden van de ouderen op de vragenlijsten voor 'complexiteit van zorgbehoeften' en 'kwetsbaarheid': 'profiel op basis van de vragenlijsten', en 2) op basis van overleg tussen de oudere en het Ouderenzorg Team: het 'actuele profiel' (in de praktijk). Deze laatste profielindeling is bepalend voor de zorgintensiteit die de oudere ontvangt van het Ouderenzorg Team.
6. Fysiek functioneren voor activiteiten van het dagelijks leven (ADL) wordt gemeten met de Katz ADL-index met vijftien vragen over de mate van afhankelijkheid in het fysiek functioneren.¹¹
7. Welbevinden is gemeten met de GWI en richt zich op acht bronnen van welbevinden: eten en drinken, slapen en rusten, relaties en contacten, actief zijn, eigen regie, jezelf zijn, lichaam en geest, en wonen.^{nog niet gepubliceerd}
8. Kwaliteit van leven is gemeten met een rapportcijfer en een vraag van de RAND-36: de huidige ervaren kwaliteit van leven in vergelijking met een jaar geleden.¹²
9. Zelfmanagement kennis en gedrag is gemeten met de PIH-OA met acht vragen over kennis, management en coping.^{geaccepteerd voor publicatie}

10. Ervaren kwaliteit van zorg is gemeten met de PAIEC, gebaseerd op het Chronic Care Model, met twintig vragen over drie domeinen van persoonsgerichte zorg en begeleiding.¹³
11. De mate van integratie van zorg ervaren door de leden van de Ouderenzorg Teams wordt gemeten met de AIEC, gebaseerd op het Chronic Care Model, met 34 vragen verdeeld over zeven domeinen.¹⁴
12. Voor zorggebruik en de kosten, zijn registratiegegevens gerelateerd aan de zorgverzekeringswet (Zvw) verstrekt door zorgverzekeraars Menzis en Zilveren Kruis, Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) verstrekt door Zorgkantoor Menzis, en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) verstrekt door de gemeenten Stads kanaal, Veendam en Pekela. NB. De gegevensverzameling loopt tot eind 2014, dus tot de aanpassingen van AWBZ naar Wlz en in de Wmo. Ouderen hebben de onderzoekers van SamenOud toestemming verleend gegevens op te vragen bij hun zorgverzekeraar, het zorgkantoor en hun gemeente.

Analyses

De langetermijnnuitkomsten wat betreft de gegevens uit de vragenlijsten en de kosten worden berekend met multilevel regressieanalyses met 'ouderen' (of 'professionals' voor de AIEC) als 'hoger level' en 'tijd' als 'lager level'. Bij de analyses wordt gecorrigeerd voor leeftijd (baseline gecentreerd), geslacht en profielindeling bij de start van de interventie. Uitzondering hierop is de analyse voor 'Ervaren kwaliteit van zorg'. Hier wordt rekening gehouden met de actuele profielindeling (in de praktijk) omdat de zorgintensiteit hiermee samenhangt (wel of geen individuele begeleiding) en daarmee het oordeel van de oudere over de ervaren kwaliteit van zorg.

De langetermijnnuitkomsten voor de gezondheidgerelateerde problemen van ouderen zijn geanalyseerd op twee niveaus: de verandering in het wel of niet ervaren van een probleem (prevalentie) en de veranderingen in ernstscore. Veranderingen in prevalentie zijn berekend met McNemar's toetsen. De veranderingen in ernstscore zijn berekend met Wilcoxon signed rank toetsen.

Voor het duiden van de betekenis van een gevonden verschil tussen twee metingen worden twee termen gebruikt: 'statistisch significant' en 'klinisch relevant'. Een 'statistisch significant' verschil tussen twee metingen betekent dat het verschil zo groot is dat het niet op toeval kan berusten, en met grote mate van waarschijnlijkheid een werkelijk verschil betreft. Dit verschil kan, hoewel statistisch significant, toch zo klein zijn dat het inhoudelijk (in de praktijk) niet relevant is. Voor het bepalen van de relevantie in de praktijk (klinische relevantie) wordt de Effect Size (ES) berekend, waarbij een ES van 0.2 of hoger wordt gezien als klinisch relevant.^{16,17} Het kan voorkomen dat een klinisch relevant verschil niet statistisch significant is, bijvoorbeeld omdat de steekproefomvang te klein was. In het rapport worden beide termen gehanteerd.

3 | DEELNEMERS

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de aantallen deelnemende ouderen, hun belangrijkste kenmerken, en de indeling van de ouderen in risicoprofielen beschreven.

Aantallen deelnemende ouderen

In 2012 en 2013 startten in totaal 1308 ouderen met de interventie SamenOud. Dit aantal nam af met 22,8% (tot n=1010) in het eerste jaar en met 17,5% (tot n=834) in het tweede jaar. Redenen van uitval waren overlijden ($\pm 25\%$), verhuizen of opname in verpleeghuis ($\pm 5\%$), niet meer mee willen doen ($\pm 35\%$) of niet retourneren van de vragenlijst ($\pm 35\%$). Deelnemers in het derde jaar (n=419) zijn ouderen die in de oorspronkelijke interventiegroep zaten. Zij waren eerder gestart dan ouderen in de controlegroep (zie ook Figuur 1).

Kenmerken van de deelnemende ouderen

Van de deelnemende ouderen is over het geheel genomen meer dan de helft vrouw en is de gemiddelde leeftijd rond de 80 jaar. Ongeveer de helft van de ouderen is alleenstaand en het merendeel heeft een laag opleidingsniveau. Binnen de risicoprofielen Complexe zorgbehoeften en Kwetsbaar ligt de gemiddelde leeftijd en het percentage vrouwen hoger, waarbij kwetsbare ouderen vaker alleenstaand zijn (zie Tabel 2 in de Bijlagen).

Sample 'Ouderen met een anamnese'

De anamnese wordt jaarlijks afgenomen bij alle ouderen met de risicoprofielen Kwetsbaar en Complexe zorgbehoeften. De gegevens worden door de casemanager genoteerd in het elektronisch dossier van de oudere. Bij de start van SamenOud (2012) werd de anamnese afgenomen bij ongeveer 90% van de ouderen die hiervoor in aanmerking kwamen. Na 12 maanden bij ongeveer 50% en na 24 maanden bij 20% van de ouderen. Voornaamste reden voor het ontbreken was het overzetten van een oudere naar het risicoprofiel Robuust, waarbij een eindevaluatie niet is geregistreerd. Hierdoor was het aantal ouderen dat in de analyses voor de ervaren gezondheidsproblemen meegenomen kon worden beperkt tot 51 (26,5%) ouderen die gedurende twee jaren individuele begeleiding kregen. Zie ook Tabel 7 in de Bijlagen.

Sample professionals

De professionals in de Ouderenzorg Teams werd op baseline, na 12 en na 24 maanden gevraagd een vragenlijst in te vullen. Op baseline en na 12 maanden was de respons 78,5% (van de 56 metingen).

Na 24 maanden 55%. Deze afname in respons kwam vooral door veranderingen in de samenstelling van de Ouderenzorg Teams vlak voor of tijdens deze meting.

Sample voor zorggebruik en kosten

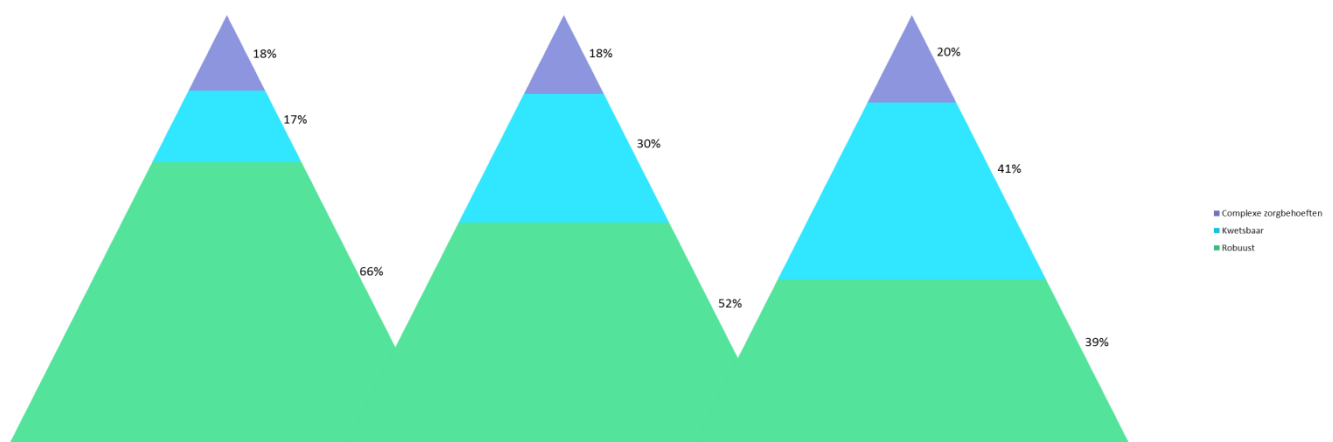
Van ongeveer 80% van de deelnemende ouderen waren volledige gegevens over zorggebruik en kosten beschikbaar. Van de ouderen die niet (de gehele onderzoeksperiode) verzekerd waren bij Menzis of Zilveren Kruis waren de gegevens onvolledig. Zij werden niet meegenomen in de analyses. De analyses gaan uit van de indeling in risicoprofiel bij de start. De kosten voor SamenOud worden niet meegerekend.

4 | RISICOPROFIELEN: VRAGENLIJSTEN EN IN DE PRAKTIJK

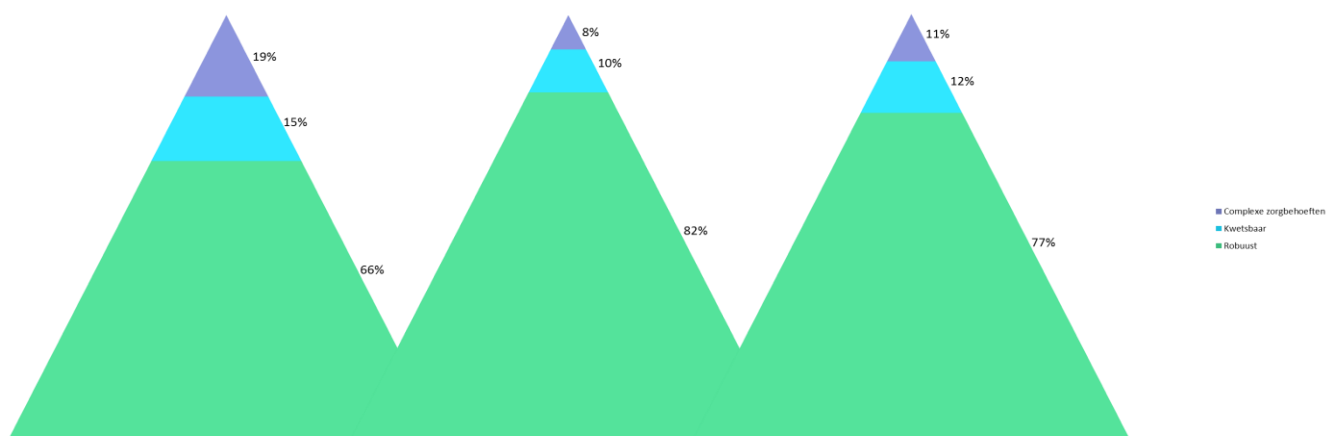
De indeling van een oudere in een risicoprofiel vindt op twee manieren plaats: op basis van antwoorden van de oudere in de jaarlijkse vragenlijst, en in overleg tussen de oudere en het Ouderenzorg Team. De laatste indeling wordt ook wel de indeling “in de praktijk” genoemd en bepaalt de intensiteit van de begeleiding van de oudere: wel of geen individuele begeleiding.

Verandering in risicoprofielen

In de Figuren 2 en 3 wordt de indeling in risicoprofielen van de ouderen die twee interventiejaren hebben ontvangen bij de start (baseline) en na 12 en 24 maanden weergegeven. Figuur 2 laat de indeling “op basis van de vragenlijsten” zien en Figuur 3 de actuele indeling zoals “in de praktijk”. Opvallend is dat het percentage ouderen met het risicoprofiel Kwetsbaar, op basis van hun antwoorden in de vragenlijsten, sterk toeneemt (Figuur 2) terwijl in de praktijk de percentages ouderen zie individuele begeleiding ontvangen van het Ouderenzorg Team sterk afneemt (Figuur 3).

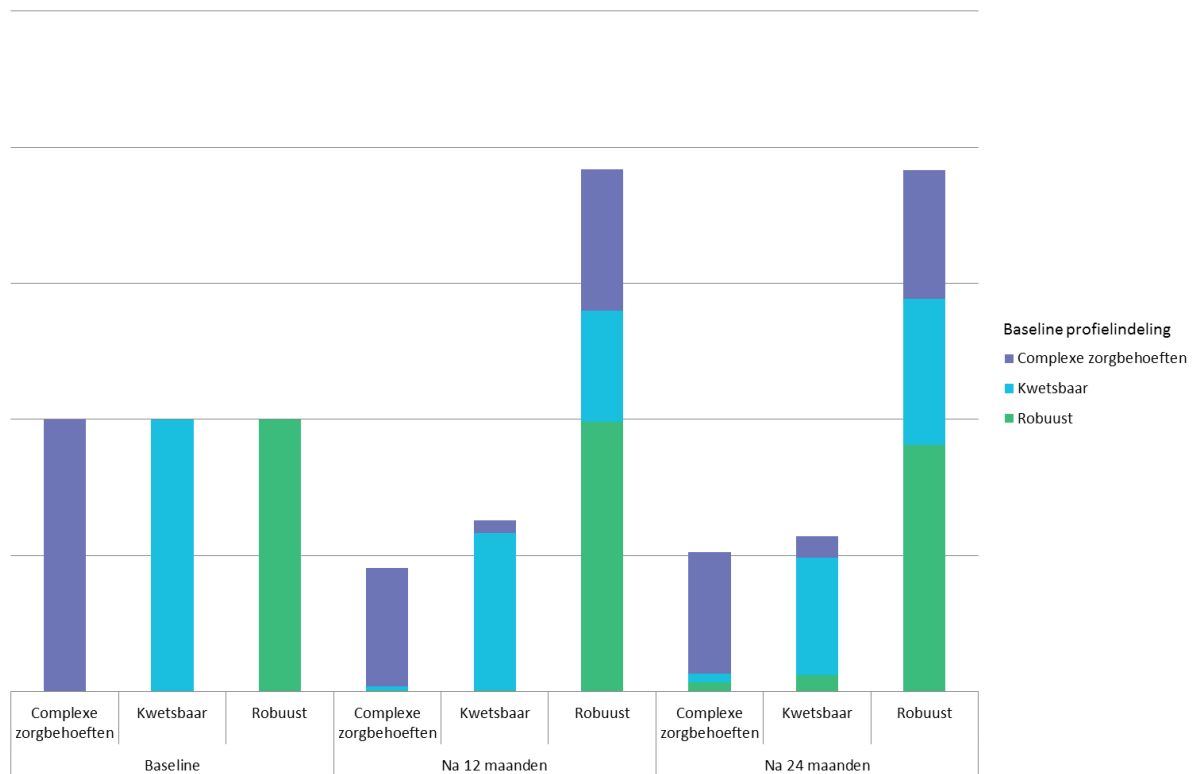


Figuur 2 Indeling in risicoprofielen “op basis van de vragenlijsten” bij de start en na 12 en 24 maanden (n=834)



Figuur 3 Indeling in risicoprofielen “in de praktijk” (actueel) bij de start en na 12 en 24 maanden (n=834)

Uit een nadere analyse van de transities van ouderen tussen de profielen blijkt dat de leden van de Ouderenzorg Teams en ouderen (na verloop van tijd) beslissen dat de individuele begeleiding kan stoppen. Dit geldt voor een groot deel van de ouderen: 47% van de ouderen met complexe zorgbehoeften en 54% van de kwetsbare ouderen wordt overgezet naar het risicoprofiel Robuust (zie Figuur 4). Voor de ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften komt dat overeen met de verwachting dat een deel van hen kortdurend individuele begeleiding nodig zou hebben. Dat is niet het geval bij de ouderen met het risicoprofiel Kwetsbaar.



Figuur 4 Profielindeling op basis van baseline meting versus profielindeling in de praktijk op baseline en na 12 en 24 maanden (n=834)

Verder is het zo dat van de ouderen met het risicoprofiel Robuust (bij de start) na 24 maanden een groot deel (39%) kwetsbaar is geworden op basis van hun antwoorden op de vragenlijsten. In de praktijk stromen deze ouderen veelal niet door naar het risicoprofiel Kwetsbaar en individuele begeleiding door een casemanager.

5 | GEZONDHEID

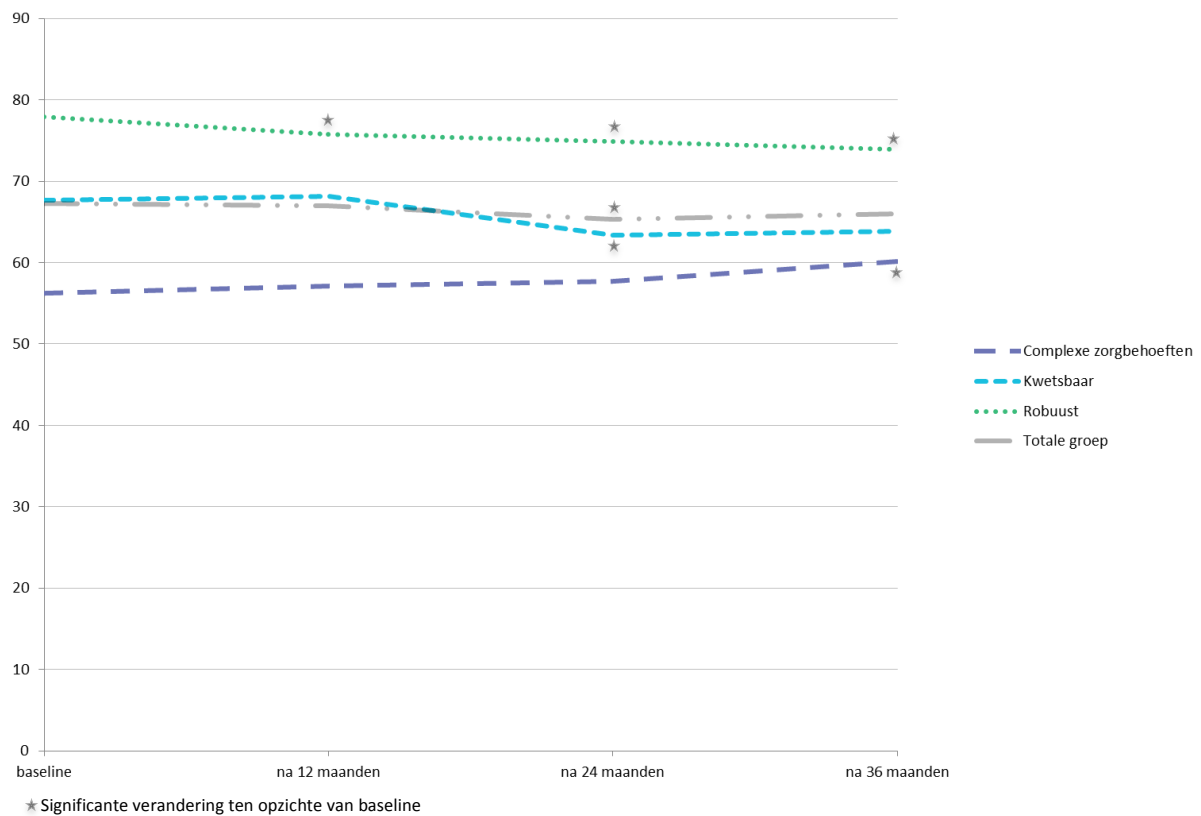
Voor het bepalen van verandering in gezondheid werden de gezondheidstoestand (EQ-5D-3L de EQ-VAS), de complexiteit van zorgbehoeften (INTERMED-E-SA), kwetsbaarheid (GFI) en activiteiten van het dagelijks leven (Katz-15) gemeten. De resultaten laten de verandering zien in de gezondheid van de totale groep en per risicoprofiel. Zie ook de Tabellen 3 t/m 6 en de Figuren B1 t/m B4 in de Bijlagen.

De totale groep

De algemene gezondheidstoestand (EQ-VAS) voor de totale groep ouderen blijft stabiel ten opzichte van de start, alleen na 24 maanden is er een tijdelijke en niet klinisch relevante afname (Figuur 5). De complexiteit van zorgbehoeften (INTERMED-E-SA) en de gezondheidstoestand (EQ-5D-3L) blijven tot 24 maanden stabiel ten opzichte van de start. Na 36 maanden is de complexiteit van zorgbehoeften toegenomen en de gezondheidstoestand (EQ-5D-3L) lager dan bij de start (beide klinisch relevant). Het fysiek functioneren in activiteiten van het dagelijks leven (Katz-15) neemt af na 24 en 36 maanden (klinisch relevant) en de mate van kwetsbaarheid (GFI) neemt jaarlijks (klinisch relevant) toe.

Per risicoprofiel

De gezondheid van ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften blijft gedurende 36 maanden het meest stabiel (Figuur 5). Bij deze ouderen neemt de complexiteit van zorgbehoeften jaarlijks (klinisch relevant) af, terwijl de kwetsbaarheid toeneemt na 24 en 36 maanden. De gezondheid van de ouderen met het risicoprofiel Robuust gaat het meest achteruit (Figuur 5). De mate van kwetsbaarheid van de ouderen met het risicoprofiel Robuust neemt sterk toe na 24 en 36 maanden. De toename in de complexiteit van zorgbehoeften is na 36 maanden ook klinisch relevant. De activiteiten van het dagelijks leven nemen vooral na 24 en 36 maanden (klinisch relevant) af. De gezondheid van de ouderen met het risicoprofiel Kwetsbaar neemt eveneens af (Figuur 5). Ook is er jaarlijks een sterke toename van de complexiteit van zorgbehoeften, een toename van kwetsbaarheid en afname van activiteiten van het dagelijks leven na 24 en 36 maanden.



Figuur 5 Veranderingen in de ervaren gezondheidstoestand na 12, 24 en 36 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met een rapportcijfer (0-100) waarbij een hogere score duidt op een betere gezondheidstoestand

6 | GEZONDHEIDGERELATEERDE PROBLEMEN

Voor het bepalen van veranderingen in de ervaren gezondheidsproblemen werden de gegevens van de GeriatriCS, de anamnese, uit de individuele zorgdossiers gebruikt. De veranderingen worden op twee manieren beschreven: de ervaren gezondheidsproblemen voor ‘alle ouderen’ waarbij een anamnese afgenomen werd, en de veranderingen in de ervaren problemen voor ouderen die een probleem ervoeren bij de start van de individuele begeleiding. Zie ook de Tabellen 8 en 9 en de Figuren B6 t/m B9 in de Bijlagen.

De totale groep

De meest prevalentie en als meest ernstige ervaren problemen doen zich voor bij onderwerpen in de clusters *Mobiliteit* zoals stabiliteit (valneiging), lopen, inspanningstolerantie en mobiliteit van de gewrichten, in het cluster *Mentale functies* vooral bij stemming en in het cluster *Fysieke gezondheid* problemen met de hoorfuncties, de bloeddruk en huid. Zie ook Bijlage Tabel 8.

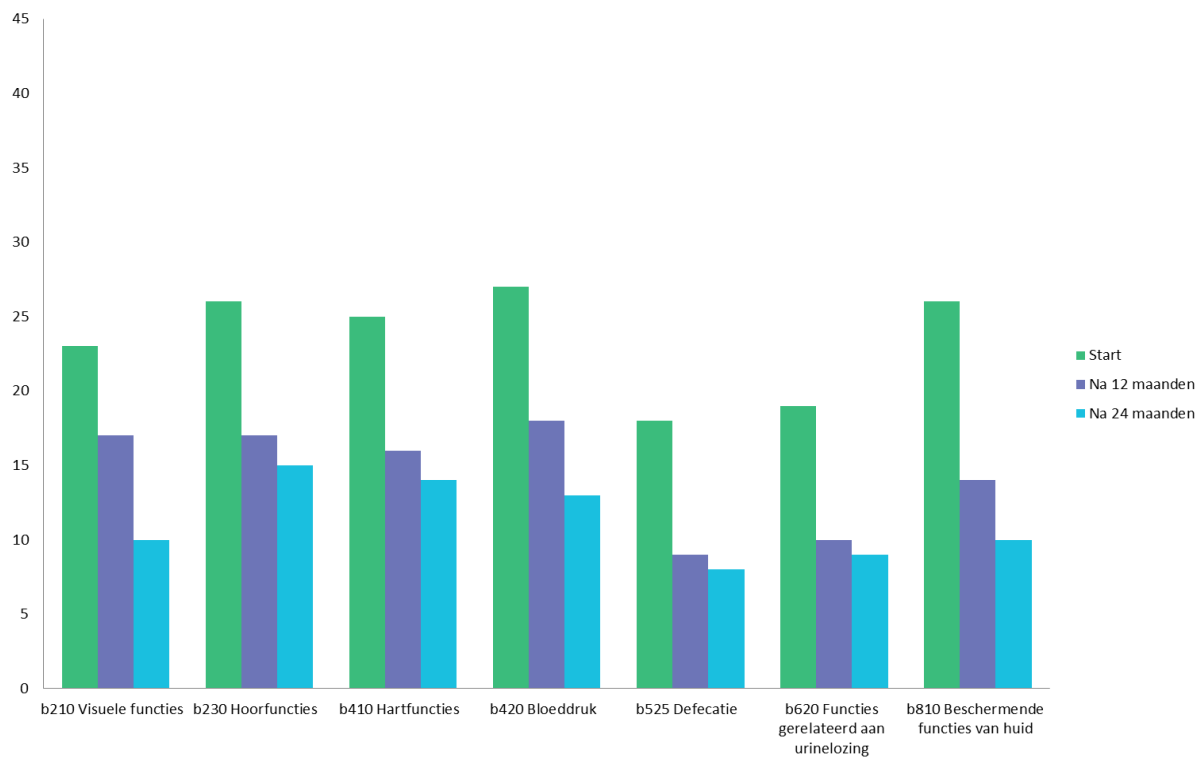
In het cluster *Mobiliteit* neemt het aantal problemen na 12 maanden iets toe maar neemt de gemiddelde ernst af. Na 24 maanden stabiliseert de prevalentie en neemt de ernst verder af. Bij *stemmingsproblemen* nemen zowel de ernst als prevalentie jaarlijks af. In het cluster *Fysieke gezondheid* neemt na 12 maanden de prevalentie af. Dat geldt ook voor de ernst van de problemen met de hartfuncties en huidproblemen. Opvallend is dat na 12 maanden de prevalentie en ernst van de problemen met het zien toenemen. Na 24 maanden is de prevalentie van problemen met de hoorfuncties, bloeddruk en huid verder afgenomen, evenals de ervaren ernst van problemen met de hartfuncties en de huid.

Voor de clusters *Persoonlijke verzorging*, *Voeding* en *Ondersteuning* zijn zowel de prevalentie als de ernst van ervaren gezondheidsproblemen relatief laag. Zowel na 12 als na 24 maanden is er een sterke afname in de prevalentie en ernst van de ervaren problemen met ondersteuning (zorg, welzijn en sociale zekerheid). Opvallend is de toename in prevalentie en ernst van de ervaren problemen in het cluster *Persoonlijke verzorging* (wassen en aankleden) na 24 maanden.

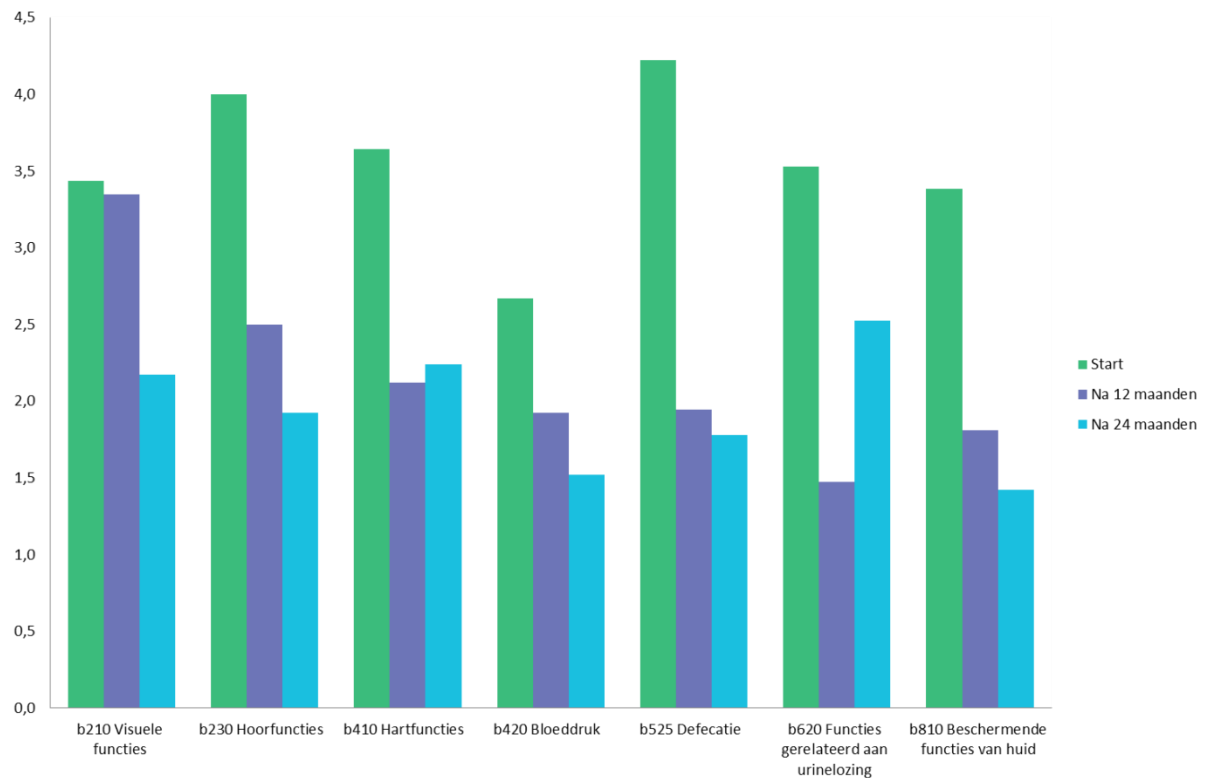
Ouderen met een probleem bij de start van de begeleiding

Voor dit onderdeel worden de veranderingen in prevalentie en ernstscores van gezondheidsproblemen bij de start en na 12 en 24 maanden voor de clusters *Mentale functies*, *Fysieke gezondheid* en *Mobiliteit* beschreven (Bijlage Tabel 9). Het aantal metingen in de andere clusters is te klein om betekenisvolle veranderingen te kunnen meten. De prevalentie en ernst van ervaren problemen bij de start nemen na 12 en na 24 maanden in alle drie de clusters sterk af. In

Figuur 6 wordt de afname van de prevalentie in het cluster *Fysieke gezondheid* weergegeven, en in Figuur 7 de afname van de ernst van problemen.



Figuur 6 Verandering in prevalentie van gezondheidsproblemen in het cluster *Fysieke gezondheid* van ouderen met een probleem bij de start gemeten met de Geriatric Instrument (GICS)



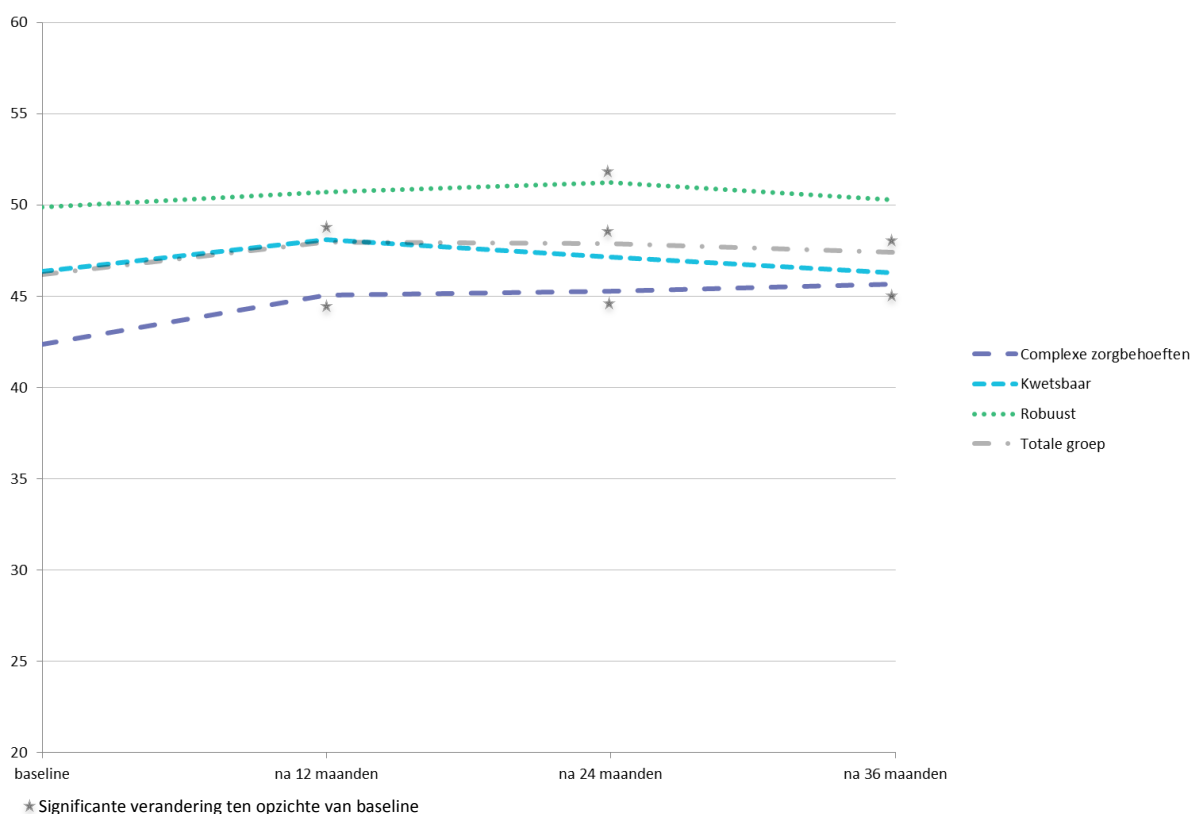
Figuur 7 Verandering in ernstscore (schaal 0-10, hogere score is hogere ernst) van gezondheidsproblemen in het cluster Fysieke gezondheid van ouderen met een probleem bij de start gemeten van de GeriatrICS

7 | ZELFREDZAAMHEID

Veranderingen in zelfredzaamheid wordt gemeten met de vragenlijst voor zelfmanagement kennis en gedrag (PIH-OA). Zie ook de Tabellen 3 t/m 6 in de Bijlagen.

Zelfmanagement kennis en gedrag

Zelfmanagementkennis en -gedrag nemen in de totale groep na 12 maanden (klinisch relevant) toe en stabiliseert daarna. Deze toename vindt vooral plaats bij de ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften en in mindere mate bij ouderen met het risicoprofiel Kwetsbaar (na 12 maanden) en de robuuste ouderen (na 24 maanden). Zie Figuur 8 en de Tabellen 3 t/m 6 in de Bijlagen.



Figuur 8 Veranderingen in zelfmanagementkennis en -gedrag na 12, 24 en 36 maanden ten opzichte van de start gemeten met de PIH-OA (schaal 0-100) waarbij een hogere score duidt op meer zelfmanagementkennis en -gedrag.

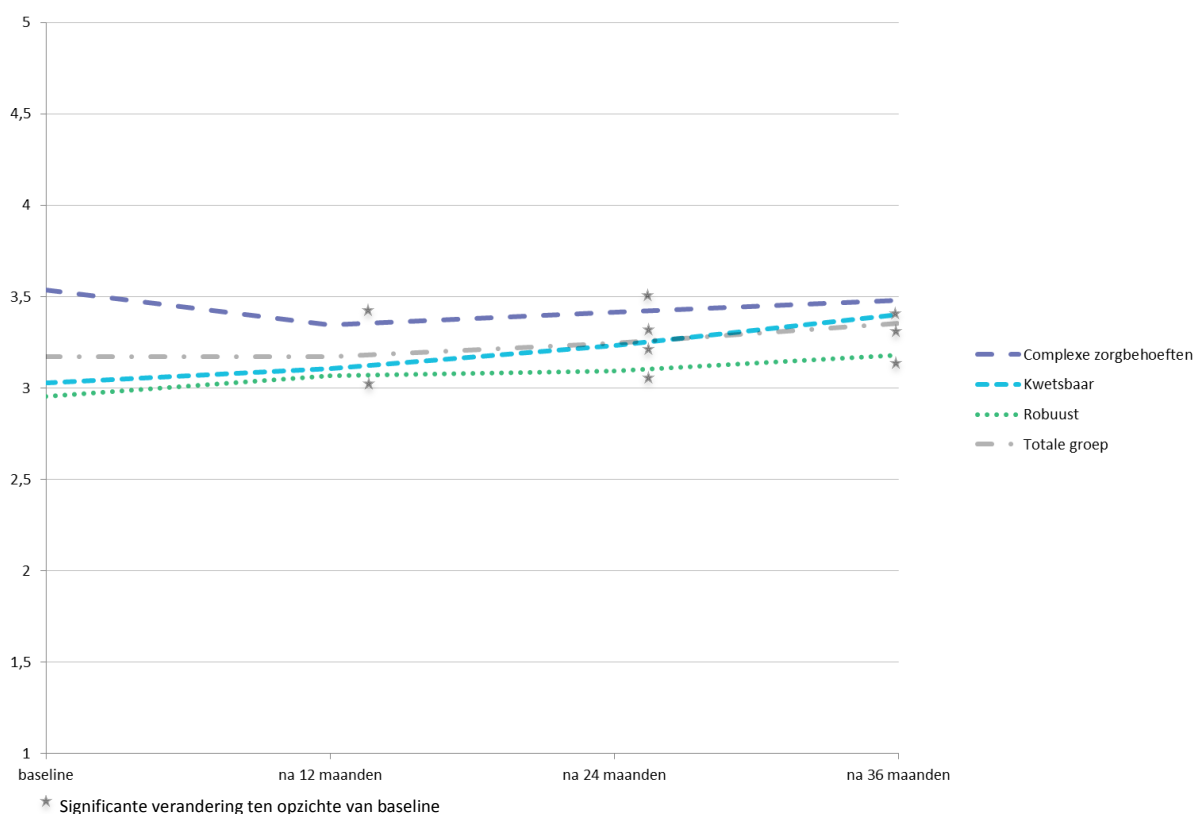
8 | KWALITEIT VAN LEVEN EN WELBEVINDEN

Kwaliteit van leven werd gemeten met een rapportcijfer (algemene kwaliteit van leven) en een algemene vraag (RAND-36) en welbevinden met de Groningen Welbevinden Index (GWI). Zie ook de Tabellen 3 t/m 6 en de Figuur B5 in de Bijlagen.

Kwaliteit van leven

De ervaren kwaliteit van leven gemeten met een rapportcijfer laat voor de totale groep een klinisch relevante daling zien. De drie risicoprofielen laten dezelfde ontwikkeling zien, waarbij opvalt dat de rapportcijfers op baseline ongeveer gelijk zijn, de robuuste ouderen het meest achteruit gaan en de ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften het minst.

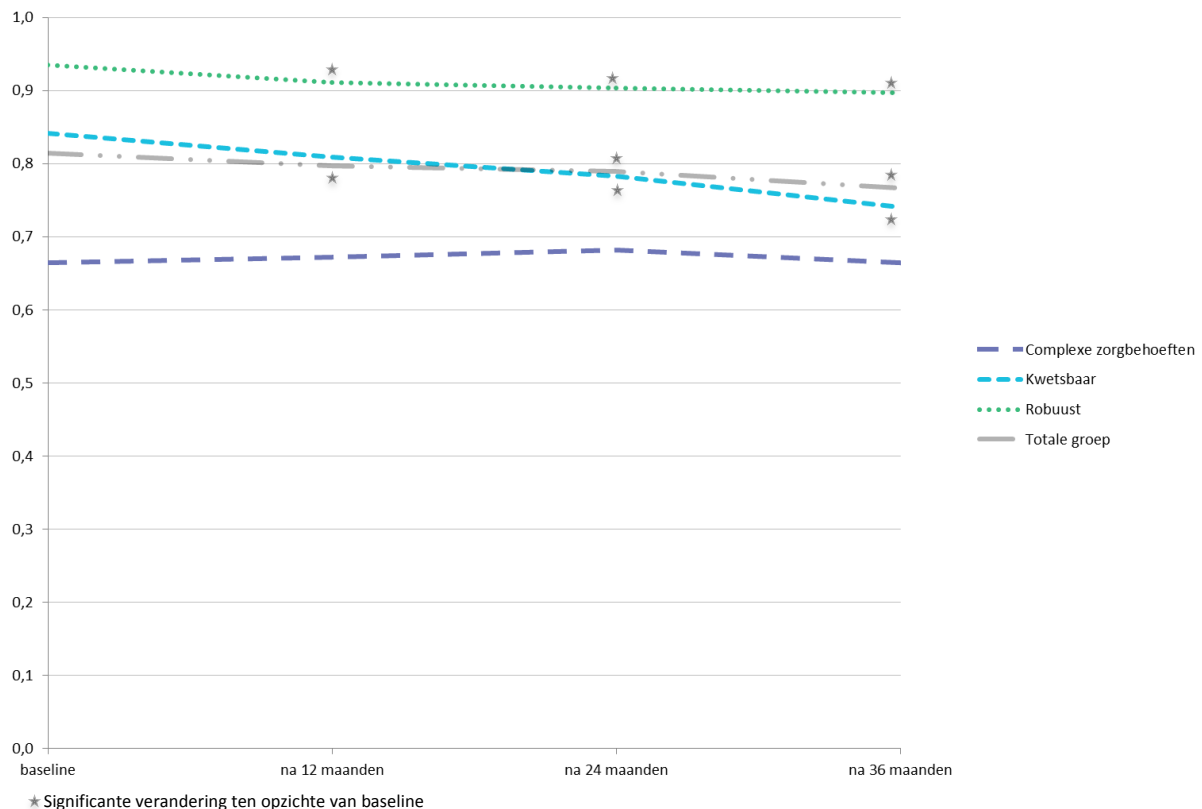
De ervaren kwaliteit van leven, gemeten met de vraag naar 'de ervaren kwaliteit van leven in vergelijking met een jaar geleden' neemt voor de totale groep (statistisch significant) af na 24 maanden en (klinisch relevant) na 36 maanden ten opzichte van de start (zie Figuur 9). Dit is vooral het geval voor ouderen met het risicoprofielen Robuust en Kwetsbaar. Opvallend is dat de ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften aanvankelijk een (klinisch relevante) toename van kwaliteit van leven ervaren die na 36 maanden weer gelijk is aan de start.



Figuur 9 Veranderingen in de ervaren kwaliteit van leven na 12, 24 en 36 maanden ten opzichte van de start gemeten met RAND-36 (score 1-5) waarbij een lagere score duidt op een betere kwaliteit van leven dan het jaar daarvoor

Welbevinden

De resultaten laten zien dat het welbevinden voor de totale groep ouderen statistisch significant afneemt na 24 en 36 maanden: alleen na 36 maanden is deze afname klinisch relevant ten opzichte van de start (zie Figuur 10). Deze afname wordt vooral ervaren door de kwetsbare ouderen (klinisch relevant na 24 en 36 maanden) en in mindere mate door de robuuste ouderen (klinisch relevant na 36 maanden). Ouderen met het risicoprofiel 'Complexe zorgbehoeften' ervaren minder welbevinden dan de ouderen in de andere risicoprofielen, maar dit blijft stabiel na 12, 24 en 36 maanden.



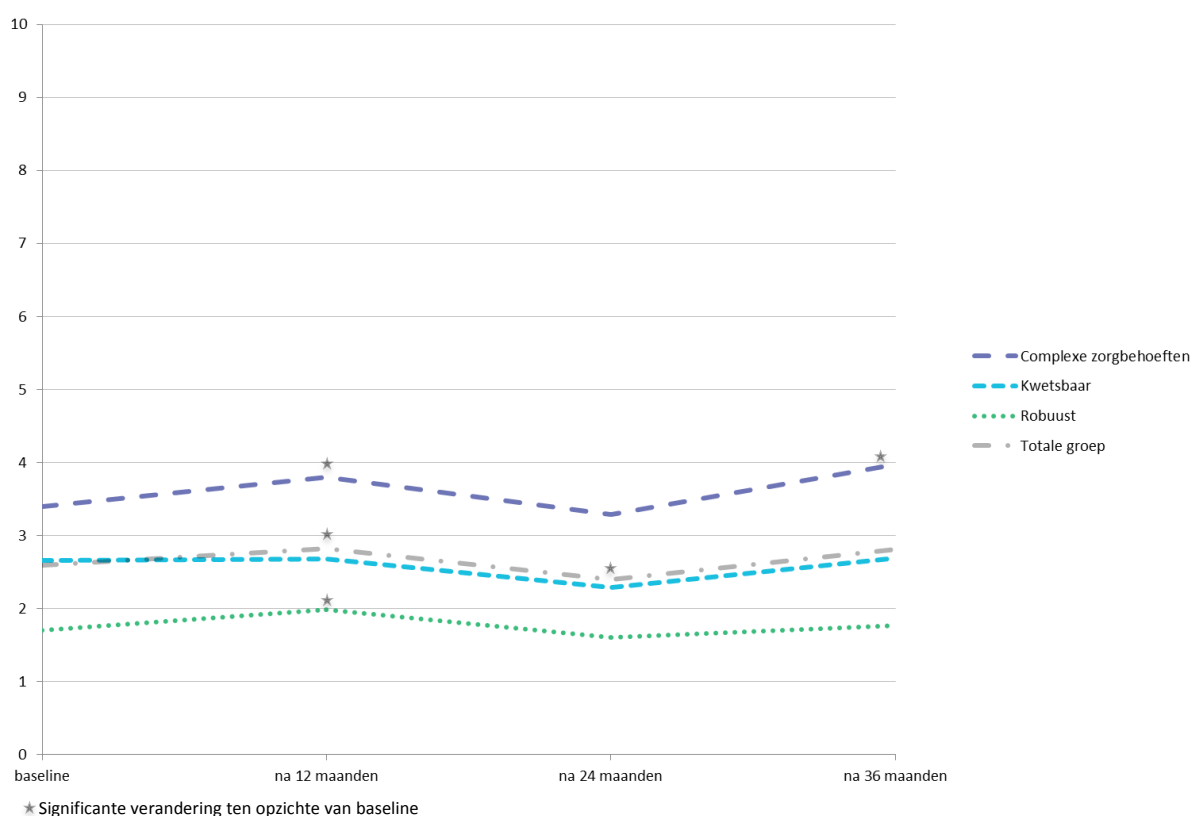
Figuur 10 Veranderingen in de mate van welbevinden (tevredenheidsscore) na 12, 24 en 36 maanden ten opzichte van de start gemeten met de Groningen Wellbeing Indicator (schaal 0-1) waarbij een hogere score duidt op meer ervaren welbevinden.

9 | KWALITEIT VAN ZORG

De ervaren kwaliteit van zorg werd bij de ouderen gemeten met de PAIEC en bij de professionals in de Ouderenzorg Teams met de AIEC. Zie ook de Tabellen 3 t/m 6 en de Figuur B13 in de Bijlagen.

De ouderen

De resultaten laten voor de ervaren kwaliteit van zorg (PAIEC) in de totale groep na 36 maanden geen (klinisch relevante) verandering zien ten opzichte van de start (zie Figuur 11). Binnen de risicoprofielen ervaren ouderen met complexe zorgbehoeften een (klinisch relevante) toename in de ervaren kwaliteit van zorg 12 en 36 maanden na de start. De kwetsbare ouderen ervaren na 24 maanden een tijdelijke (klinisch relevante) afname van de ervaren kwaliteit van zorg.



Figuur 11 Veranderingen in de ervaren kwaliteit van zorg na 12, 24 en 36 maanden ten opzichte van de start gemeten met de PAIEC (schaal 0-10), waarbij een hogere score beter is

De leden van de Ouderenzorg Teams

De resultaten van de metingen onder de professionals in de Ouderenzorg Teams geven aan dat de mate van realisatie van integrale ouderenzorg ten opzichte van de start na 12 maanden (klinisch relevant) is toegenomen van 'basis niveau' naar een 'redelijk goed niveau'. Dit stabiliseert na 24 maanden. Zie ook Figuur B13.

10 | ZORGGEBRUIK EN KOSTEN

In dit hoofdstuk wordt eerst inzicht gegeven in de kosten voor de interventie SamenOud en de veranderingen daarin na 12 en 24 maanden. Vervolgens worden de kosten voor zorg en begeleiding van de ouderen die deelnemen aan SamenOud en de veranderingen daarin gepresenteerd. Zie ook de Tabel 10 en de Figuren B10 t/m B12 in de Bijlage.

Kosten voor de interventie SamenOud

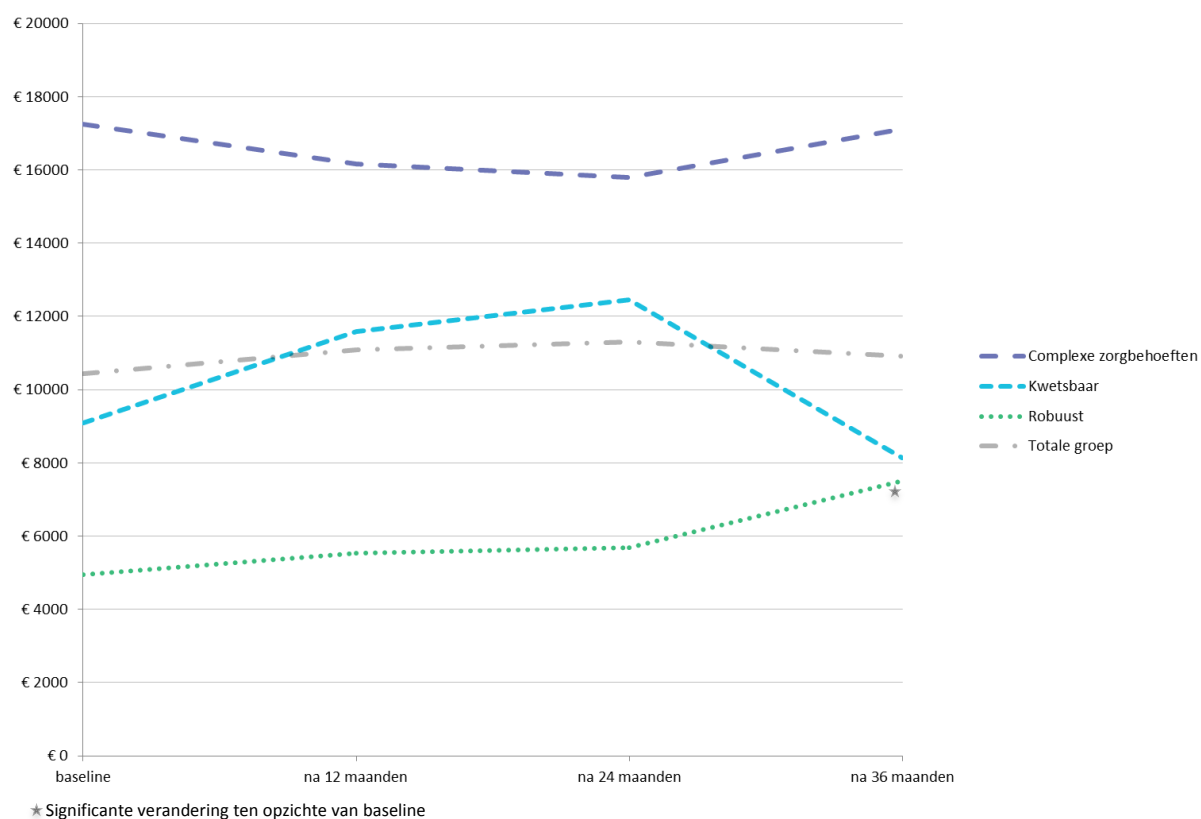
Uit de figuren 5 en 6 blijkt dat er een verschil is tussen risicoprofielindeling 'op basis van de vragenlijsten' en de 'actuele profielindeling' (in de praktijk). De gevolgen die dit heeft voor de kosten van de interventie SamenOud worden weergegeven in Tabel 10 in de Bijlagen. Zowel na 12 maanden als na 24 maanden nemen de kosten voor de interventie SamenOud af met 57% ten opzichte van de start.

Totale kosten voor zorg en begeleiding voor de totale groep

De totale kosten (Zvw, AWBZ en Wmo) voor de totale groep deelnemende ouderen (Figuur 12) blijven gelijk. Dit geldt ook voor de kosten behorende tot de zorgverzekeringswet en de AWBZ. Voor de kosten behorende tot de Wmo dalen de kosten tijdelijk na 24 (statistisch significant) ten opzichte van de start.

Totale kosten voor zorg en begeleiding per risicoprofiel

Voor ouderen met het profiel Complexe zorgbehoeften blijven de totale kosten en kosten voor Zvw en AWBZ gelijk. De kosten voor de Wmo nemen voor deze ouderen na 24 en 36 maanden (klinisch relevant) af ten opzichte van de start. Voor kwetsbare ouderen stijgen de totale kosten en de kosten behorende tot de AWBZ (klinisch relevant) en na 36 maanden stabiliseren ook deze kosten ten opzichte van de start. Voor robuuste ouderen nemen de totale kosten na 36 maanden significant toe. Deze toename wordt vooral veroorzaakt door een (klinisch relevante) stijging in de kosten behorende tot de Zvw.



Figuur 12 Verandering in de gemiddelde totale kosten per oudere na 12, 24 en 36 maanden ten opzichte van baseline

11 | CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Dit rapport beschrijft de langetermijnuitskomsten (januari 2012 - januari 2015) voor ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten van het persoonsgerichte en integrale zorgmodel SamenOud voor thuiswonende 75-plussers. Het uitzonderlijke aan deze studie is dat de uitkomsten van een complexe interventie als SamenOud beschreven worden voor meerdere jaren voor een brede en relatief grote populatie thuiswonende ouderen. Het is ook uitzonderlijk dat gelijktijdig meerdere domeinen (ouderen, kwaliteit van zorg, kosten) en aspecten binnen deze domeinen gemonitord zijn. De uitkomsten geven een breed beeld van de ontwikkelingen binnen een kwetsbare populatie. De belangrijkste beperking van deze studie is het ontbreken van een controlegroep die de gebruikelijke zorg ontvangt. Hierdoor kunnen veranderingen in de uitkomsten niet (met zekerheid) toegeschreven worden aan SamenOud. Daarnaast is het aantal deelnemers in de periode 24-36 maanden relatief klein.

De belangrijkste bevindingen voor de ‘totale groep’ thuiswonende ouderen voor de interventieperiode van 36 maanden zijn:

- De algemene gezondheidstoestand van ouderen blijft nagenoeg stabiel;
- De algemene kwaliteit van leven voor ouderen neemt het eerste jaar af en stabiliseert daarna;
- De prevalentie en ernst van gezondheidgerelateerde problemen nemen (duurzaam) af;
- De zelfredzaamheid van ouderen neemt (duurzaam) toe;
- De ervaren kwaliteit van zorg blijft gelijk en de mate van implementatie van integrale zorg neemt toe;
- De totale kosten (Zvw, AWBZ en Wmo) voor de ouderen veranderen niet.

De vergelijking met benchmarkgegevens voor de gemiddelde kosten per oudere (75-plus) voor de Zvw (bron: Menzis) laat zien dat de kosten voor de deelnemers aan SamenOud 12 en 24 maanden na baseline minder stijgen dan in de benchmarkgegevens (respectievelijk 0% en 3% voor SamenOud versus 1% en 8% voor de benchmarkgegevens). Na 36 maanden zijn de kosten voor de deelnemers aan SamenOud hoger dan in de benchmarkgegevens (14% versus 8%). Dit komt door de kostenstijging na 24 maanden voor ouderen met het risicoprofiel Robuust, waarbij de kosten voor de medisch specialistische zorg (58%), huisartszorg (46%) en mondzorg (43%) toenemen.

De uitkomsten per risicoprofiel laten een gevarieerder beeld zien. De resultaten voor ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften zijn overwegend gunstig. Het gaat ‘wel goed’ met hun gezondheid en welbevinden. Deze blijven stabiel of verbeteren zelfs gedurende de interventieperiode van 36 maanden. Dit contrasteert met het beeld voor de ouderen in de risicoprofielen Kwetsbaar en Robuust. Deze ouderen gaan op vrijwel alle aspecten van gezondheid en welbevinden (klinisch relevant) achteruit. Dit verschil is ook zichtbaar voor de ervaren kwaliteit van

zorg: ouderen met Complexe zorgbehoeften ervaren een toename van de kwaliteit van zorg terwijl de Kwetsbare ouderen een afname van de kwaliteit van zorg ervaren. De robuuste ouderen laten geen verandering in ervaren kwaliteit van zorg zien. Eenzelfde verschil zien we voor de zelfredzaamheid: een duurzame toename van de zelfmanagement kennis en gedrag bij de ouderen met complexe zorgbehoeften en geen noemenswaardige veranderingen voor de kwetsbare en robuuste ouderen. Wat betreft de kosten zien we een toename in gemiddelde kosten na 36 maanden voor de robuuste ouderen, vooral voor de Zvw, terwijl de kosten voor de andere twee profielen gelijk blijven. Samenvattend biedt de indeling in risicoprofielen een genuanceerd beeld van de uitkomsten van 36 maanden SamenOud. Daarbij verschillen de profielen. Verdere exploratie van deze verschillen behoeft aandacht.

Opvallend zijn de verschillen tussen de profielindelingen 'in de praktijk' en op basis van 'de vragenlijsten'. Professionals en ouderen beslissen na verloop van tijd dat de individuele begeleiding kan stoppen voor een groot deel van de ouderen: 47% van de ouderen met complexe zorgbehoeften en 54% van de kwetsbare ouderen worden overgezet naar het risicoprofiel Robuust. Dit terwijl deze ouderen op basis van hun antwoorden in de vragenlijsten individuele begeleiding zouden moeten ontvangen. Voor de ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften komt dat overeen met de verwachting dat een deel van hen alleen kortdurend individuele begeleiding nodig heeft, voor de rest van deze ouderen is dat niet het geval. Verder is het zo dat van de robuuste ouderen na 24 maanden een groot deel (39%) kwetsbaar is geworden op basis van hun antwoorden in de vragenlijsten. In de praktijk stromen deze ouderen veelal niet door naar het risicoprofiel Kwetsbaar met individuele begeleiding. Deze bevindingen, in combinatie met de minder gunstige uitkomsten voor de ouderen met de risicoprofielen Kwetsbaar en Robuust, leidt tot het advies nader onderzoek te doen naar redenen voor het stoppen van de individuele begeleiding en naar verklaringen voor het niet ontvangen van individuele begeleiding van 'nieuwe' kwetsbare ouderen.

Ouderen die individuele begeleiding ontvangen blijken daar baat te hebben. Dit blijkt uit uitkomsten van kwalitatief onderzoek (tijdens het eerste jaar van SamenOud) onder ouderen met risicoprofielen Kwetsbaar en Complexe zorgbehoeften. Ouderen geven aan meer eigen regie en controle te ervaren en voelen zich veilig en geborgen.² Kwalitatief onderzoek onder de casemanagers laat zien dat zij, door de individuele begeleiding, beter kunnen aansluiten bij de wensen en behoeften van ouderen en escalaties kunnen voorkomen.^{nog niet gepubliceerd} Huisartsen bevestigen dit laatste tijdens evaluatiegesprekken. Ze hebben het gevoel 'hun ouderen' goed in beeld te hebben en daardoor vroegtijdig kunnen anticiperen. De uitkomsten laten ook een sterke en duurzame afname zien van de prevalentie en ernst van de ervaren gezondheidsproblemen bij ouderen die individuele begeleiding ontvangen. Het lijkt erop dat de individuele begeleiding helpt gevolgen van het ouder worden te hanteren dan wel op te lossen. Dit pleit voor een regelmatige gestructureerde

inventarisatie (anamnese) van (de veranderingen in) de ervaren gezondheidsproblemen door de casemanagers. In de praktijk vindt deze inventarisatie lang niet altijd plaats.

Door de veranderingen in het bekostigingsstelsel (Zvw, AWBZ en Wmo) per 1 januari 2015 krijgen de uitkomsten van deze studie wellicht een andere betekenis. De gegevensverzameling voor de kosten in deze studie lopen tot het moment waarop deze veranderingen plaatsvinden.

Overall zijn de uitkomsten van SamenOud voor de ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten op de langetermijn overwegend gunstig, met name voor ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften. Hoewel de uitkomsten niet zondermeer toegeschreven kunnen worden aan SamenOud lijkt de trend van afname van algemene gezondheid en welbevinden en toename van kosten doorbroken te worden. Op onderdelen kan de uitvoering van SamenOud verbeterd worden. Daardoor kunnen wellicht de uitkomsten voor de ouderen met de risicoprofielen Kwetsbaar en Robuust verbeterd worden.

REFERENTIES

1. Centraal Bureau voor de Statistiek. Statline. <http://statline.cbs.nl/Statweb/dome/default.aspx>. Updated 2016. Accessed May / 12, 2016.
2. Knottnerus J.A., Maas van der P.J. *Ouderdom komt met gebreken. geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit*. Den Haag: Gezondheidsraad; 2008.
3. Vogeli C, Shields AE, Lee TA, et al. Multiple chronic conditions: Prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *J Gen Intern Med*. 2007;22 Suppl 3:391-395.
4. Jansen DL, Cardol M. Mensen met een chronische ziekte of beperking hebben voor hun ondersteuning bijna altijd te maken met meerdere wettelijke regelingen. 2010.
5. Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. *Help wanted?: Providing and paying for long-term care*. Paris: OECD; 2011:324.
6. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2008;371(9614):725-735.
7. Grabowski DC. The cost-effectiveness of non-institutional long-term care services: Review and synthesis of the most recent evidence. *Med Care Res Rev*. 2006;63(1):3-28.
8. Janssen MF, Pickard AS, Golicki D, et al. Measurement properties of the EQ-5D-5L compared to the EQ-5D-3L across eight patient groups: A multi-country study. *Qual Life Res*. 2012.
9. Peters LL, Boter H, Slaets JP, Buskens E. Development and measurement properties of the self -assessment version of the INTERMED for the elderly to assess case complexity. *J Psychosom Res*. 2013;74(6):518-522.
10. Peters LL, Boter H, Buskens E, Slaets JP. Measurement properties of the groningen frailty indicator in home-dwelling and institutionalized elderly people. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13(6):546.
11. Spoorenberg SL, Reijneveld SA, Middel B, Uittenbroek RJ, Kremer HP, Wynia K. The geriatric ICF core set reflecting health-related problems in community-living older adults aged 75 years and older without dementia: Development and validation. *Disabil Rehabil*. 2015;37(25):2337-2343.
12. Laan W, Zuithoff NP, Drubbel I, et al. Validity and reliability of the katz-15 scale to measure unfavorable health outcomes in community-dwelling older people. *J Nutr Health Aging*. 2014;18(9):848-854.
13. VanderZee KI, Sanderma R, Heyink JW, de Haes H. Psychometric qualities of the RAND 36-item health survey 1.0: A multidimensional measure of general health status. *Int J Behav Med*. 1996;3(2):104-122.
14. Uittenbroek RJ, Reijneveld SA, Stewart RE, Spoorenberg SL, Kremer HPH, Wynia K. Development and psychometric evaluation of a measure to evaluate the quality of integrated care: The patient assessment of integrated elderly care (PAIEC). *Health expectations*. 2015.
15. Uittenbroek RJ, Kremer HPH, Spoorenberg SLW, Reijneveld SA, Wynia K. Integrated care for older adults leads to better quality of care: Results of a randomized controlled trial of embrace. *Journal of general internal medicine*. 2016;Epub ahead of print.
16. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates; 1988.
17. Middel B, Stewart R, Bouma J, van Sonderen E, van den Heuvel WJ. How to validate clinically important change in health-related functional status. is the magnitude of the effect size consistently related to magnitude of change as indicated by a global question rating? *J Eval Clin Pract*. 2001;7(4):399-410.

BIJLAGEN

- 1 SamenOud
- 2 Uitkomsten na twaalf maanden
- 3 NZa Beleidsregel Innovatie SamenOud
- 4 Tabellen
- 5 Figuren

BIJLAGE 1 | SamenOud

SamenOud is een nieuw persoonsgericht en integraal zorgmodel dat ontwikkeld en gerealiseerd werd in Oost Groningen tijdens het NPO transitie-experiment Programma Geïntegreerde Ouderenzorg (PGO): herontwerp van het zorgaanbod naar vraaggerichte, samenhangende proactieve en preventieve zorg en begeleiding voor ouderen (ZonMW - NPO projectnummer 314010201).

SamenOud

Uitgangspunt van SamenOud is het welbevinden van thuiswonende ouderen van 75 jaar en ouder. Het doel is dat deze ouderen zo lang als mogelijk en wenselijk thuis kunnen blijven wonen.

SamenOud is gebaseerd op twee wereldwijd erkende zorgmodellen:

- 1) Het *Chronic Care Model* dat maatschappelijke organisaties verbindt met zorgorganisaties en handvatten biedt voor het organiseren van langdurige zorg en begeleiding; en
- 2) De Kaiser Permanente Triangle, een *Population Health Management model* voor het samenstellen van risicoprofielen en het organiseren van zorg op maat.

Beide modellen zijn vertaald naar de Nederlandse situatie en gespecificeerd voor thuiswonende ouderen.

SamenOud in de praktijk

Alle ouderen (75-plus) en geregistreerd in een huisartspraktijk worden uitgenodigd deel te nemen aan SamenOud. Ouderen die besluiten deel te nemen ontvangen jaarlijks een schriftelijke vragenlijst met vragen over de complexiteit van hun zorgbehoeften (INTERMED-E-SA) en mate van kwetsbaarheid (GFI). Op basis van hun antwoorden, worden ouderen ingedeeld in drie risicoprofielen: Robuust ($\pm 64\%$), Kwetsbaar ($\pm 16\%$) en Complexe zorgbehoeften ($\pm 20\%$).

Vervolgens verleent een Ouderenzorg Team preventieve en proactieve zorg en begeleiding met een passende zorgintensiteit aan de ouderen in de drie profielen. Elke huisartspraktijk heeft een eigen Ouderenzorg Team dat onder leiding staat van de huisarts, en verder bestaat uit een specialist ouderengeneeskunde, een wijkverpleegkundige (eventueel een POH-O) en een ouderenadviseur. Beide laatste in de rol van casemanager voor resp. ouderen met de risicoprofielen Complexe zorgbehoeften en Kwetsbaar. De geboden zorgintensiteit varieert per risicoprofiel. Alle ouderen, dus ook de robuuste ouderen, wordt het Zelfmanagementsupport- en preventieprogramma met groepsactiviteiten aangeboden. Dit programma is gericht op zelfredzaamheid, eigen regie en gezond blijven en heeft drie pijlers: sociale contacten, bewegen en voeding.

De geboden zorgintensiteit varieert per risicoprofiel (Tabel 1). Robuuste ouderen wordt (alleen) het Zelfmanagement support en preventie programma aangeboden (laagste zorgintensiteit). Kwetsbare ouderen ontvangen bovendien casemanagement (1x per maand een huisbezoek) en

ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften ontvangen kortdurend intensief casemanagement (maximaal 6 maanden iedere 2 weken een huisbezoek) of langdurig intensief casemanagement (langer dan 6 maanden iedere 2 weken een huisbezoek).

Zie voor een meer gedetailleerde beschrijving van SamenOud het www.samenoud.nl

Tabel 1 Kenmerken van de SamenOud-risicoprofielen

	Robuust	Kwetsbaar	Complexe zorgbehoeften
Mate van zorg en begeleiding	Lage intensiteit	Hoge intensiteit	Hoge intensiteit
Coördinatie van zorg en begeleiding	OT	Ouderenzorg Team, casemanager	Ouderenzorg Team, casemanager
Contacten (aantal)	Op initiatief patiënt of ingezet door Ouderenzorg Team	Gestructureerd: ±1/maand	Gestructureerd: ±2/maand
Duur van individuele zorg en begeleiding	Niet van toepassing	6-12 maanden	6-12 maanden
Benadering	Groep	Individueel	Individueel
Focus	Zelfmanagement	Psychosociaal	Gezondheid

BIJLAGE 2 | Uitkomsten na twaalf maanden

Tijdens het eerste interventiejaar van SamenOud in Oost-Groningen werd in diverse studies de impact van SamenOud gemeten op de gezondheid, het welbevinden en het zelfmanagementvermogen van ouderen, de kwaliteit van zorg, het zorggebruik en de kosten. Aan deze studie namen 1456 thuiswonende 75-plussers deel. Er werd een experimentele studie, twee kwalitatieve studies en twee pretest-posttest studies uitgevoerd. Voor de experimentele studie (RCT, Randomised Controlled Trial)¹ werden de ouderen in twee gelijke groepen verdeeld door gebalanceerde toewijzing: een interventiegroep (n=755) die SamenOud-zorg en -begeleiding ontving en een controlegroep (n=713) die de gebruikelijke zorg en begeleiding kreeg. In de interventiegroep werd, gelijktijdig met de RCT, een kwalitatieve studie uitgevoerd. Deze studie had tot doel inzicht te geven in de betekenis van SamenOud voor de ouderen. Daarnaast werd er ook een kwalitatieve studie uitgevoerd bij de casemanagers om de betekenis van SamenOud voor de professionele rol van de casemanagers te onderzoeken. Een pretest-posttest studie had tot doel inzicht te geven in de verandering in het aantal en de ernst van de ervaren gezondheidsproblemen van de ouderen die begeleid werden door een casemanager.

Uitkomsten voor de ouderen

Na één jaar SamenOud zorg en begeleiding bleek uit de experimentele studie dat er geen betekenisvol verschil in veranderingen was voor de domeinen gezondheid, welbevinden en zelfmanagement tussen de SamenOud groep vergeleken met controle groep die gebruikelijke zorg kreeg. Wel was er bij de deelnemers aan SamenOud sprake van een significant verschil in toename in zelfmanagement kennis en een significante afname in ADL-vaardigheden vergeleken met de gebruikelijke zorg.^{nog niet gepubliceerd}

Uit kwalitatief onderzoek onder ouderen die SamenOud zorg en begeleiding ontvangen bleek dat ouderen meer eigenregie en controle ervaren en zich veilig en geborgen voelen.²

Uit analyses van gegevens geregistreerd in het elektronisch ouderen dossier Zorgbeheer (persoonsgericht dossier) bleek dat het aantal ervaren gezondheidsproblemen na 12 maanden was afgenomen met 49%, terwijl de gemiddelde ernstscore van deze gezondheidsproblemen was afgenomen met 1.7 punten (schaal 1-10).^{nog niet gepubliceerd}

Kwaliteit van zorg

Na één jaar SamenOud zorg en begeleiding bleek uit de experimentele studie dat het verschil in verandering in de ervaren kwaliteit van zorg tussen de SamenOud groep vergeleken met de controle groep positief uitvalt voor SamenOud: ouderen die SamenOud zorg en begeleiding ontvangen ervaren meer kwaliteit van zorg dan ouderen die gebruikelijke zorg ontvangen.³

Uit kwalitatief onderzoek onder de casemanagers blijkt dat zij, door de langdurige contacten met de oudere, een beter beeld hebben van de situatie van de oudere en daardoor beter kunnen aansluiten bij hun wensen en behoeften en escalaties kunnen voorkomen. Huisartsen bevestigen dit laatste (tijdens evaluatiegesprekken). Ze hebben het gevoel ‘hun ouderen’ goed in beeld te hebben en vroegtijdig kunnen anticiperen. ^{nog niet gepubliceerd}

Uit analyses van gegevens geregistreerd in Zorgbeheer bleek dat na 12 maanden SamenOud zorg en begeleiding het percentage ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften was afgenomen van 22% naar 10% en van ouderen met het risicoprofiel Kwetsbaar van 17% naar 10%. Het percentage ‘Robuuste’ ouderen was daardoor toegenomen van 61% naar 80%.

Zorggebruik en kosten

Uit de kosteneffectiviteitsstudie werd duidelijk dat door de extra kosten die de interventie met zich mee bracht, de totale kosten van zorggebruik (Zvw, Awbz, Wmo en informele zorg) in de SamenOud groep hoger uitvielen dan in de controlegroep (gebruikelijke zorg). De verschillen in gezondheidgerelateerde uitkomsten tussen interventie en controle groep waren klein, en waren, zij het niet statistisch significant, in het voordeel van SamenOud. ^{nog niet gepubliceerd} Een beperking van deze ‘klassieke’ kosteneffectiviteitsstudie is dat geen rekening gehouden kon worden met het verschil in zorgkosten tussen de SamenOud-groep en controlegroep bij aanvang van de studie: de kosten van de SamenOud-groep waren bij aanvang van de studie iets hoger dan in de controle groep. Om die reden is ook een kostenstudie uitgevoerd, waarbij het verschil in toename van de kosten tijdens de studie berekend is. Uit deze analyses blijkt dat er gedurende het interventiejaar geen verschil is in toename van de kosten tussen de SamenOud-groep en de controlegroep, behalve voor de ‘kwetsbare ouderen’.

BIJLAGE 3 | NZa Beleidsregel Innovatie SamenOud

Tekst uit het document van de NZa Beleidsregel SamenOud met de opdracht voor het onderzoek

7) Doelen en subdoelen

- 1) Ouderen: Toename (relatief) van de zelfredzaamheid (Katz)
- 2) Ouderen: Toename van het welbevinden en de eigen regie (kwalitatief onderzoek, SF-36, wellbeing questionnaire)
- 3) Ouderen: Toename (relatief) van de algemene mate van gezondheid / kwaliteit van leven (EQ5D)
- 4) Kwaliteit van zorg: Toename van de ervaren mate van vraaggerichte, samenhangende, proactieve zorg en begeleiding (PACIC)
- 5) Kwaliteit van zorg: Toename van de mate waarin samenhangende zorg en begeleiding verleend werd door de Ouderenzorg Teams (ACIC)
- 6) Zorggebruik en kosten: Afname van (overall) zorggebruik en kosten, rekening houdend met de kosten van de inzet van de Ouderenzorg Teams

BIJLAGE 4 | Tabellen

Tabel 1 Vragenlijsten per thema en onderwerp met voorbeeldvragen

Tabel 2 Achtergrondkenmerken van deelnemende ouderen op baseline voor de totale groep en per risicoprofiel (n= 1308)

Tabel 3 Veranderingen in gezondheid, welbevinden, zelfmanagement, kwaliteit van zorg en kosten, voor de totale groep

Tabel 4 Veranderingen in gezondheid, welbevinden, zelfmanagement, kwaliteit van zorg en kosten, voor ouderen met het risico profiel 'Complexe zorgbehoeften'

Tabel 5 Veranderingen in gezondheid, welbevinden, zelfmanagement, kwaliteit van zorg en kosten, voor ouderen met het risico profiel 'Kwetsbaar'

Tabel 6 Veranderingen in gezondheid, welbevinden, zelfmanagement, kwaliteit van zorg en kosten, voor ouderen met het risico profiel 'Robuust'

Tabel 7 Het aantal anamneses dat bij de start (2012) en opeenvolgende jaren (2013-2015) werd afgenomen

Tabel 8 Verandering in prevalentie en ernstscore van gezondheidgerelateerde problemen na 12 en 24 maanden gemeten met de GeriatricS (n=51)

Tabel 9 Verandering in prevalentie en ernstscore van gezondheidgerelateerde problemen na 12 en 24 maanden gemeten met de GeriatricS voor ouderen met een probleem bij de start

Tabel 10 Kosten SamenOud per meetmoment gebaseerd op profielindeling praktisch en o.b.v. vragenlijsten (n = 834) en omgerekend naar standaard rekeneenheid (n= 100)

Tabel 1 Vragenlijsten per thema en onderwerp met voorbeeldvragen

Thema en onderwerp	Vragenlijst	Voorbeeldvraag
Gezondheid		
Gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven	EQ-5D-3L	Ik heb geen/een beetje/matig/ernstig/niet in staat (problemen met) mijzelf wassen of aankleden.
Gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven (rapportcijfer)	EQ-VAS	Uw gezondheid vandaag (0-100)
Complexiteit van zorgbehoeften	INTERMED-E-SA	Krijgt u voldoende en de juiste zorg van uw zorgverleners en behandelaars?
Kwetsbaarheid	GFI	Heeft u zich de laatste tijd somber of neerslachtig gevoeld?
Activiteiten in het dagelijks functioneren	Katz-15	Heeft u hulp nodig bij het baden of douchen?
Kwaliteit van leven en welbevinden		
Kwaliteit van leven in vergelijking tot voorgaande jaar	RAND-36	Hoe is in het algemeen uw kwaliteit van leven, in vergelijking met een jaar geleden?
Kwaliteit van leven (rapportcijfer)	QOL	Welk rapportcijfer geeft u uw leven op dit moment? (0-10)
Welbevinden tevredenheidsscore	GWl SF Score	Vindt u genieten van eten en drinken belangrijk? Zo ja, bent u hierover tevreden?
Zelfmanagement		
Zelfmanagementkennis en -gedrag	PIH-OA	Over de zorg en begeleiding voor de gevolgen van het ouder worden weet ik over het geheel...
Kwaliteit van zorg		
Ervaren kwaliteit van zorg (oudere)	PAIEC	...werd mij gevraagd welke doelen ik zelf wil bereiken, in relatie tot mijn gezondheid.
Mate van implementatie van geïntegreerde zorg (professional)	AIEC	Het verzamelen en vastleggen van gegevens over zelfmanagement behoeften en activiteiten wordt...

Tabel 2 Achtergrondkenmerken van de deelnemende ouderen op baseline voor de totale groep en per risicoprofiel (n=1308)

	Totale groep	Complexe zorgbehoeften	Kwetsbaar	Robuust
Aantal deelnemers, n (%)	1308 (100)	312 (24)	214 (16)	782 (60)
Leeftijd in jaren, gemiddelde (SD)	80.7 (4.6)	81.4 (4.6)	82.3 (5.4)	79.8 (4.0)
Vrouw, n (%)	719 (55)	203 (65)	150 (70)	368 (47)
Weduwe/weduwnaar, gescheiden, alleenstaand, n (%)	615 (47)	147 (47)	139 (65)	266 (34)
Laag opleidingsniveau, ¹ n (%)	746 (57)	181 (58)	126 (59)	352 (45)
Laag inkomen, ² n (%)	497 (38)	128 (41)	94 (44)	219 (28)
Aantal chronische aandoeningen (mediaan)	2	3	3	1

¹ Laag: (minder dan) basisschool of middelbaar onderwijs.

² Laag: minder dan €1350 per maand.

Tabel 3 Veranderingen in gezondheid, welbevinden, zelfmanagement, kwaliteit van zorg en kosten voor de totale groep

	Range	Hoger is...	Baseline	12 maanden na baseline			24 maanden na baseline			36 maanden na baseline		
			Gemiddelde (95% CI)	Verschil	<i>p</i>	ES	Verschil	<i>p</i>	ES	Verschil	<i>p</i>	ES
Gezondheid			<i>n</i> = 1308	<i>n</i> = 1010			<i>n</i> = 834			<i>n</i> = 419		
EQ-5D-3L	-0.33-1.00	+	0.753 (0.745-0.761)	-0.008	0.204	0.06	-0.005	0.496	0.04	-0.029	0.001	0.22
EQ-VAS	0-100	+	67.30 (66.37-68.22)	-0.29	0.680	0.02	-1.98	0.010	0.14	-1.33	0.171	0.09
INTERMED-E-SA	0-60	-	12.65 (12.35-12.95)	-0.13	0.567	0.03	0.01	0.973	0.00	1.05	0.001	0.22
GFI	0-15	-	4.95 (4.83-5.07)	0.50	<0.001	0.26	1.37	<0.001	0.73	1.59	<0.001	0.84
Katz-15	0-15	-	2.16 (2.03-2.30)	0.12	0.250	0.06	0.45	<0.001	0.22	0.85	<0.001	0.42
Welbevinden												
GWl SF	0-1	+	0.81 (0.80-0.83)	-0.02	0.040	0.10	-0.03	0.005	0.15	-0.05	<0.001	0.29
QOL tov vorig jaar	1-5	-	3.17 (3.13-3.21)	0.00	0.966	0.00	0.07	0.026	0.12	0.18	<0.001	0.29
QOL (rapportcijfer)	0-10	+	5.33 (5.22-5.43)	-2.33	<0.001	1.42	-2.35	<0.001	1.43	-2.27	<0.001	1.38
Zelfmanagement												
PIH-OA	0-100	+	46.21 (45.65-46.77)	1.77	<0.001	0.20	1.68	<0.001	0.20	1.21	0.039	0.14
Kwaliteit van Zorg												
PAIEC	1-10	+	2.59 (2.48-2.69)	0.23	0.013	0.14	-0.20	0.045	0.12	0.23	0.073	0.14
AIEC*	0-100	+	49.34 (45.55-53.12)	7.87	0.004	0.64	9.46	0.002	0.76	-	-	-
Kosten			<i>n</i> = 1054	<i>n</i> = 812			<i>n</i> = 667			<i>n</i> = 335		
Totale kosten		-	€ 10.435 (€ 9.563 - € 11.307)	662	0.327	0.05	870	0.231	0.07	486	0.596	0.04
Zvw		-	€ 5.817 (€ 5.260 - € 6.374)	241	0.576	0.03	300	0.517	0.04	623	0.288	0.08
AWBZ		-	€ 3.511 (€ 2.956 - € 4.065)	319	0.456	0.04	873	0.058	0.11	198	0.735	0.02
Wmo		-	€ 1.107 (€ 939 - € 1.275)	102	0.434	0.04	-304	0.030	0.13	-335	0.058	0.14

p = statistisch significante verandering: *p* < 0.05; ES = Effect Size: ES ≥ 0.2 is klinisch relevante verandering

Vet en rode tekst staat voor een afname/ verslechtering; vet en blauwe tekst staat voor een toename of verbetering

* AIEC: gegevens verzameld bij de professionals

Tabel 4 Veranderingen in gezondheid, welbevinden, zelfmanagement, kwaliteit van zorg en kosten voor ouderen met het risico profiel ‘Complexe zorgbehoeften’

	Range	Hoger is...	Baseline Gemiddelde (95% CI)	12 maanden na baseline			24 maanden na baseline			36 maanden na baseline		
				Verschil	p	ES	Verschil	p	ES	Verschil	p	ES
Gezondheid			<i>n</i> = 312	<i>n</i> = 211			<i>n</i> = 157			<i>n</i> = 80		
EQ-5D-3L	-0.33-1.00	+	0.649 (0.634 - 0.664)	-0.001	0.929	0.00	0.024	0.063	0.18	-0.014	0.383	0.11
EQ-VAS	0-100	+	56.26 (54.63-57.88)	0.91	0.481	0.06	1.43	0.317	0.10	3.86	0.033	0.27
INTERMED-E-SA	0-60	-	19.66 (19.13-20.19)	-1.95	<0.001	0.41	-2.24	<0.001	0.47	-1.12	0.060	0.24
GFI	0-15	-	6.91 (6.70-7.12)	0.09	0.590	0.05	0.55	0.003	0.29	0.55	0.019	0.29
Katz-15	0-15	-	3.78 (3.54-4.03)	-0.04	0.819	0.02	0.32	0.116	0.16	0.91	<0.001	0.45
Welbevinden												
GWl SF	0-1	+	0.67 (0.65-0.68)	0.01	0.653	0.04	0.02	0.320	0.10	0.00	0.939	0.01
QOL tov vorig jaar	1-5	-	3.54 (3.47-3.61)	-0.19	<0.001	0.31	-0.12	0.045	0.20	-0.06	0.450	0.09
QOL (rapportcijfer)	0-10	+	5.25 (5.07-5.44)	-1.74	<0.001	1.06	-1.94	<0.001	1.18	-1.95	<0.001	1.19
Zelfmanagement												
PIH-OA	0-100	+	42.37 (41.38-43.36)	2.71	0.001	0.31	2.90	0.001	0.34	3.32	0.002	0.38
Kwaliteit van Zorg			<i>n</i> = 312	<i>n</i> = 106			<i>n</i> = 94			<i>n</i> = 56		
PAIEC	0-10	+	3.40 (3.22-3.58)	0.40	0.032	0.24	-0.11	0.578	0.07	0.57	0.019	0.35
Kosten			<i>n</i> = 360	<i>n</i> = 174			<i>n</i> = 132			<i>n</i> = 70		
Totale kosten		-	€ 17.256 (€ 15.729 - €18.783)	-1089	0.372	0.09	-1469	0.270	0.12	-144	0.931	0.01
Zvw		-	€ 8.995 (€ 8.020 - € 9.970)	-1290	0.098	0.16	-654	0.442	0.08	266	0.804	0.03
AWBZ		-	€ 6.412 (€ 5.442 - € 7.383)	-87	0.911	0.01	-68	0.936	0.01	448	0.674	0.06
Wmo		-	€ 1.849 (€ 1.555 - € 2.143)	287	0.221	0.12	-746	0.004	0.31	-859	0.008	0.36

p = statistisch significante verandering: *p* < 0.05; ES = Effect Size: ES ≥ 0.2 is klinisch relevante verandering

Vet en rode tekst staat voor een afname/ verslechtering; vet en blauwe tekst staat voor een toename of verbetering

Tabel 5 Veranderingen in gezondheid, welbevinden, zelfmanagement, kwaliteit van zorg en kosten, voor ouderen met het risico profiel 'Kwetsbaar'

	Range	Hoger is...	Baseline	12 maanden na baseline			24 maanden na baseline			36 maanden na baseline		
			Gemiddelde (95% CI)	Verschil	<i>p</i>	ES	Verschil	<i>p</i>	ES	Verschil	<i>p</i>	ES
Gezondheid			<i>n = 214</i>	<i>n = 162</i>			<i>n = 127</i>			<i>n = 69</i>		
EQ-5D-3L	-0.33-1.00	+	0.749 (0.732-0.767)	-0.010	0.483	0.08	-0.016	0.264	0.12	-0.038	0.040	0.29
EQ-VAS	0-100	+	67.71 (65.73-69.69)	0.40	0.790	0.03	-4.36	0.008	0.30	-3.87	0.057	0.27
INTERMED-E-SA	0-60	-	10.79 (10.15-11.43)	1.12	0.020	0.24	1.66	0.002	0.35	3.13	<0.001	0.66
GFI	0-15	-	5.89 (5.64-6.15)	-0.05	0.790	0.03	0.77	<0.001	0.41	1.32	<0.001	0.70
Katz-15	0-15	-	1.91 (1.63-2.20)	0.13	0.565	0.06	0.57	0.014	0.28	1.01	<0.001	0.50
Welbevinden												
GWl SF	0-1	+	0.84 (0.82-0.87)	-0.03	0.055	0.20	-0.06	0.002	0.36	-0.10	<0.001	0.62
QOL tov vorig jaar	1-5	-	3.03 (2.94-3.11)	0.08	0.231	0.13	0.20	0.003	0.33	0.38	<0.001	0.61
QOL (rapportcijfer)	0-10	+	5.28 (5.06-5.51)	-2.29	<0.001	1.39	-2.18	<0.001	1.32	-1.99	<0.001	1.21
Zelfmanagement												
PIH-OA	0-100	+	46.38 (45.18-47.58)	1.74	0.060	0.20	0.79	0.421	0.09	-0.10	0.938	0.01
Kwaliteit van Zorg			<i>n = 214</i>	<i>n = 106</i>			<i>n = 100</i>			<i>n = 48</i>		
PAIEC	1-10	+	2.66 (2.44-2.88)	0.02	0.911	0.01	-0.37	0.063	0.23	0.04	0.893	0.02
Kosten			<i>n = 175</i>	<i>n = 133</i>			<i>n = 107</i>			<i>n = 54</i>		
Totale kosten		-	€ 9.091 (€ 7.226 - € 10.957)	2499	0.081	0.20	3357	0.028	0.27	-946	0.626	0.08
Zvw		-	€ 5.042 (€ 3.850 - € 6.234)	1592	0.082	0.20	1056	0.280	0.13	-44	0.972	0.01
AWBZ		-	€ 3.016 (€ 1.830 - € 4.202)	859	0.345	0.11	2441	0.012	0.31	-666	0.589	0.08
Wmo		-	€ 1.033 (€ 674 - € 1.393)	48	0.863	0.02	-140	0.635	0.06	-236	0.529	0.10

p = statistisch significante verandering: $p < 0.05$; ES = Effect Size: $ES \geq 0.2$ is klinisch relevante verandering

Vet en rode tekst staat voor een afname/ verslechtering; vet en blauwe tekst staat voor een toename of verbetering

Tabel 6 Veranderingen in gezondheid, welbevinden, zelfmanagement, kwaliteit van zorg en kosten, voor ouderen met het risico profiel 'Robuust'

	Range	Hoger is...	Baseline	12 maanden na baseline			24 maanden na baseline			36 maanden na baseline		
			Gemiddelde (95% CI)	Verschil	<i>p</i>	ES	Verschil	<i>p</i>	ES	Verschil	<i>p</i>	ES
Gezondheid			<i>n</i> = 782	<i>n</i> = 637			<i>n</i> = 550			<i>n</i> = 270		
EQ-5D-3L	-0.33-1.00	+	0.861 (0.852-0.870)	-0.014	0.048	0.11	-0.022	0.003	0.17	-0.033	<0.001	0.25
EQ-VAS	0-100	+	77.93 (76.91-78.95)	-2.19	0.005	0.15	-3.01	<0.001	0.21	-3.99	<0.001	0.28
INTERMED-E-SA	0-60	-	7.48 (7.15-7.82)	0.44	0.080	0.09	0.61	0.021	0.13	1.15	0.001	0.24
GFI	0-15	-	2.05 (1.92-2.18)	1.45	<0.001	0.77	2.79	<0.001	1.48	2.89	<0.001	1.54
Katz-15	0-15	-	0.79 (0.64-0.93)	0.28	0.012	0.14	0.45	<0.001	0.22	0.64	<0.001	0.32
Welbevinden												
GWl SF	0-1	+	0.94 (0.92-0.95)	-0.02	0.008	0.15	-0.03	0.001	0.19	-0.04	0.001	0.23
QOL tov vorig jaar	1-5	-	2.95 (2.91-3.00)	0.11	0.001	0.18	0.14	<0.001	0.22	0.23	<0.001	0.37
QOL (rapportcijfer)	0-10	+	5.45 (5.33-5.57)	-2.96	<0.001	1.80	-2.92	<0.001	1.77	-2.88	<0.001	1.75
Zelfmanagement												
PIH-OA	0-100	+	49.88 (49.26-50.50)	0.86	0.067	0.10	1.37	0.005	0.16	0.40	0.511	0.05
Kwaliteit van Zorg			<i>n</i> = 782	<i>n</i> = 798			<i>n</i> = 640			<i>n</i> = 315		
PAIEC	0-10	+	1.71 (1.59-1.82)	0.28	0.001	0.17	-0.11	0.230	0.06	0.07	0.530	0.04
Kosten			<i>n</i> = 619	<i>n</i> = 505			<i>n</i> = 428			<i>n</i> = 211		
Totale kosten		-	€ 4.957 (€ 3.975 - € 5.939)	576	0.440	0.05	720	0.358	0.06	2549	0.010	0.20
Zvw		-	€ 3.414 (€ 2.786 - € 4.041)	420	0.379	0.05	500	0.318	0.06	1648	0.009	0.21
AWBZ		-	€ 1.104 (€ 479 - € 1.728)	186	0.695	0.02	247	0.620	0.03	811	0.199	0.10
Wmo		-	€ 440 (€ 250 - € 629)	-30	0.837	0.01	-27	0.859	0.01	90	0.638	0.04

p = statistisch significante verandering: $p < 0.05$; ES = Effect Size: $ES \geq 0.2$ is klinisch relevante verandering

Vet en rode tekst staat voor een afname/ verslechtering; vet en blauwe tekst staat voor een toename of verbetering

Tabel 7 Het aantal anamneses dat bij de start (2012) en opeenvolgende jaren (2013-2015) werd afgenomen

Aantal jaren met individuele begeleiding*	Aantal ouders	Af te nemen aantal anamneses	Uitgevoerde aantal anamneses					
			0	1	2	3	4	5
4 (III)	50	4	1 (2%)	5 (10%)	16 (32%)	23 (46%)	4 (8%)	1 (2%)
3 (III.)	16	3	-	4 (25%)	5 (31%)	7 (44%)	-	-
3 (.III)	2	3	1 (50%)	-	-	-	1 (50%)	-
2 (II..)	42	2	-	16 (38%)	19 (45%)	7 (17%)	-	-
2 (.II.)	0	2	-	-	-	-	-	-
2 (...II)	12	2	5 (42%)	7 (58%)	-	-	-	-

* Bij de actuele indeling in risicoprofielen in 2012, 2013, 2014 en 2015

I = individuele begeleiding

. = robuust, niet ingedeeld of uitgevallen

Groene vlakken: aantal afgenomen anamnese komt overeen met aantal af te nemen aantal anamneses

Tabel 8 Verandering in prevalentie en ernstscore van gezondheidgerelateerde problemen na 12 en 24 maanden gemeten met de GeriatriCS (n=51)

	PREVALENTIE							ERNST						
	Baseline %	Na 12 maanden			Na 24 maanden			Baseline Gem.	Na 12 maanden			Na 24 maanden		
		Δ (%)	p	ES	Δ (%)	p	ES		Δ	p	ES <i>d</i>	Δ	p	ES <i>d</i>
Mentale Functies														
b144 Geheugen	31.4	12.5	0.804	0.14	6.3	1.000	0.06	1.1	-0.12	0.655	0.09	-0.3	0.341	0.19
b152 Stemming	76.5	-7.7	0.581	0.26	-23.1	0.064	0.57	3.4	-0.65	0.132	0.30	-0.8	0.045	0.41
Fysieke Gezondheid														
b210 Visuele functies	45.1	34.8	0.115	0.47	13.0	0.710	0.11	1.5	0.61	0.033	0.43	0.3	0.525	0.13
b230 Hoorfuncties	51.0	0.0	1.000	0.00	-19.2	0.332	0.33	2.0	-0.33	0.519	0.13	-0.6	0.125	0.31
b410 Hartfuncties	49.0	-20.0	0.267	0.45	8.0	0.839	0.09	1.8	-0.45	0.174	0.27	0.0	0.737	0.07
b420 Bloeddruk	52.9	-14.8	0.424	0.32	-29.6	0.115	0.47	1.4	-0.10	0.634	0.09	-0.3	0.384	0.17
b525 Defecatie	35.3	-5.6	1.000	0.07	-5.6	1.000	0.06	1.5	-0.35	0.337	0.19	-0.2	0.664	0.09
b620 Functies gerelateerd aan urinelozing	37.3	21.1	0.523	0.20	5.3	1.000	0.05	1.3	0.04	0.870	0.03	0.3	0.579	0.11
b810 Beschermende functies van huid	51.0	-19.2	0.359	0.30	-30.8	0.152	0.38	1.7	-0.31	0.185	0.26	-0.5	0.111	0.32
Mobiliteit														
b240 Gewaarwordingen gepaard gaande met hoorfuncties en vestibulaire functies	62.7	0.0	1.000	0.00	-3.1	1.000	0.06	2.5	-0.47	0.228	0.24	-0.4	0.278	0.22
b455 Inspanningstolerantie	74.5	-5.3	0.774	0.19	2.6	1.000	0.07	2.8	0.02	0.975	0.01	0.4	0.174	0.27
b710 Mobiliteit van gewrichten	84.3	4.7	0.754	0.22	-2.3	1.000	0.09	3.9	-0.53	0.070	0.37	-0.6	0.206	0.25
b730 Spiersterkte	47.1	16.7	0.388	0.38	4.2	1.000	0.07	1.8	0.16	0.743	0.06	0.1	0.957	0.01
d410 Veranderen van basale lichaamshouding	56.9	-3.4	1.000	0.12	-13.8	0.454	0.28	2.1	0.04	0.728	0.07	-0.4	0.295	0.21
d450 Lopen	66.7	8.8	0.607	0.22	-2.9	1.000	0.09	3.1	0.08	0.966	0.01	-0.5	0.246	0.23
d470 Gebruiken van vervoermiddel	23.5	-41.7	0.227	0.54	16.7	0.791	0.16	1.0	-0.49	0.056	0.39	-0.2	0.526	0.13

Vervolg **Tabel 8**

	PREVALENTIE							ERNST						
	Baseline %	Na 12 maanden			Na 24 maanden			Baseline Gem.	Na 12 maanden			Na 24 maanden		
		Δ (%)	p	ES	Δ (%)	p	ES		Δ	p	ES	Δ	p	ES
Persoonlijke Verzorging														
d510 Zich wassen	17.6	33.3	0.581	0.26	22.2	0.727	0.28	0.6	0.1	0.647	0.09	0.0	0.726	0.07
d520 Verzorgen van lichaamsdelen	13.7	-14.3	1.000	0.12	71.4	0.332	0.33	0.2	0.0	0.903	0.02	0.6	0.027	0.45
d540 Zich kleden	15.7	0.0	1.000	0.00	37.5	0.607	0.22	0.5	-0.1	0.687	0.08	0.0	0.696	0.08
Voeding														
b530 Handhaving lichaamsgewicht	29.4	6.7	1.000	0.07	0.0	1.000	0.00	0.7	0.2	0.334	0.19	0.5	0.109	0.32
d550 Eten	17.6	-22.2	0.754	0.22	11.1	1.000	0.09	0.3	-0.1	0.685	0.08	0.4	0.168	0.28
d560 Drinken	23.5	-50.0	0.146	0.61	-25.0	0.629	0.20	0.8	-0.5	0.076	0.36	-0.3	0.352	0.18
Ondersteuning														
d760 Familierelaties	29.4	-13.3	0.774	0.19	-13.3	0.815	0.12	1.0	-0.4	0.242	0.23	-0.4	0.286	0.21
e310 Naaste familie	17.6	33.3	0.549	0.31	0.0	1.000	0.00	0.4	0.3	0.453	0.15	0.1	0.486	0.14
e320 Vrienden	25.5	0.0	1.000	0.00	7.7	1.000	0.07	0.7	-0.2	0.438	0.15	0.0	0.541	0.12
e325 Kennissen, leeftijds- en seksegenoten, collega's, burens en stad- of dorpsgenoten	23.5	8.3	1.000	0.12	16.7	0.754	0.22	0.8	0.0	0.825	0.04	-0.1	0.977	0.01
e570 Voorzieningen, systemen en beleid m.b.t. sociale zekerheid	19.6	-40.0	0.219	0.89	-40.0	0.344	0.47	0.8	-0.3	0.151	0.29	-0.5	0.107	0.32
e575 Voorzieningen, systemen en beleid m.b.t. welzijn	11.8	-66.7	0.289	0.61	-33.3	0.754	0.22	0.6	-0.6	0.041	0.41	-0.5	0.124	0.31
e580 Voorzieningen, systemen en beleid m.b.t. gezondheidszorg	23.5	-41.7	0.302	0.38	-33.3	0.344	0.47	0.8	-0.4	0.120	0.31	-0.3	0.277	0.22

Legenda

Lichtgeel	Baseline prevalentie ≥50% / baseline ernstscore ≥2.0
Groen	Klinisch relevante afname in prevalentie / klinisch relevante afname in ernstscore
Groen en vetgedrukt	Significante en klinisch relevante afname in prevalentie / significante en klinisch relevante afname in ernstscore
Oranje	Klinisch relevante toename in prevalentie / klinisch relevante toename in ernstscore
Oranje en vetgedrukt	Significante en klinisch relevante toename in prevalentie / significante en klinisch relevante toename in ernstscore

Tabel 9 Verandering in prevalentie en ernstscore van gezondheidgerelateerde problemen na 12 en 24 maanden gemeten met de GeriatrICS voor ouderen met een probleem bij de start

	PREVALENTIE			ERNSTSCORE						
	Baseline	Na 12 maanden	Na 24 maanden	Baseline	Na 12 maanden			Na 24 maanden		
	n	Δ (%)	Δ (%)	Gem.	Δ	p	ES	Δ	p	ES
Mentale Functies										
b144 Geheugen	16	-43.8	-56.3	3.6	-1.6	0.008	1.07	-2.1	0.005	1.16
b152 Stemming	39	-20.5	-35.9	4.4	-1.2	0.014	0.58	-1.5	0.001	0.79
Fysieke Gezondheid										
b210 Visuele functies	23	-26.1	-56.5	3.4	-0.1	0.838	0.06	-1.3	0.083	0.53
b230 Hoorfuncties	26	-34.6	-42.3	4.0	-1.5	0.034	0.62	-2.1	0.004	0.87
b410 Hartfuncties	25	-36.0	-44.0	3.6	-1.5	0.008	0.81	-1.4	0.028	0.66
b420 Bloeddruk	27	-33.3	-51.9	2.7	-0.9	0.067	0.52	-1.1	0.050	0.55
b525 Defecatie	18	-50.0	-55.6	4.2	-2.3	0.003	1.12	-2.4	0.003	1.12
b620 Functies gerelateerd aan urinelozing	19	-47.4	-52.6	3.5	-2.1	0.012	0.89	-1.0	0.110	0.54
b810 Beschermende functies van huid	26	-46.2	-61.5	3.4	-1.6	0.001	1.08	-2.0	<0.001	1.16
Mobiliteit										
b240 Gewaarwordingen gepaard gaande met hoorfuncties en vestibulaire functies	32	-28.1	-31.3	3.9	-1.7	0.001	0.90	-1.4	0.007	0.71
b455 Inspanningstolerantie	38	-18.4	-18.4	3.8	-0.3	0.453	0.17	0.0	0.860	0.04
b710 Mobiliteit van gewrichten	43	-9.3	-16.3	4.7	-1.1	0.002	0.70	-1.0	0.026	0.49
b730 Spiersterkte	24	-16.7	-33.3	3.8	-1.0	0.073	0.54	-1.1	0.040	0.62
d410 Veranderen van basale lichaamshouding	29	-17.2	-34.5	3.8	-0.5	0.487	0.18	-1.4	0.021	0.64
d450 Lopen	34	-17.6	-20.6	4.6	-1.0	0.037	0.52	-1.4	0.009	0.66
d470 Gebruiken van vervoermiddel	12	-66.7	-50.0	4.1	-2.6	0.004	1.42	-3.3	0.005	1.40

Legenda

Groen	Afname in prevalentie $\geq 30\%$ / klinisch relevante afname in ernstscore
Groen en vetgedrukt	Significante en klinisch relevante afname in ernstscore

Tabel 10 Kosten SamenOud per meetmoment gebaseerd op profielindeling praktisch en o.b.v. vragenlijsten (n = 834) en omgerekend naar standaard rekeneenheid (n = 100)

	Profielindeling in de praktijk						Profielindeling o.b.v. vragenlijsten					
	Baseline		Na 12 maanden		Na 24 maanden		Baseline		Na 12 maanden		Na 24 maanden	
<i>Berekening voor n = 834</i>												
Complexe zorgbehoeften	19%	€ 307.412	8%	€ 129.437	11%	€ 177.976	18%	€ 283.240	18%	€ 295.075	20%	€ 327.886
Kwetsbaar	15%	€ 194.280	10%	€ 129.520	12%	€ 155.424	17%	€ 214.314	30%	€ 386.817	41%	€ 531.205
Robuust	66%	€ 36.880	82%	€ 45.820	77%	€ 43.026	66%	€ 36.850	52%	€ 28.999	39%	€ 21.637
Totaal	€ 538.572		€ 304.777		€ 376.426		€ 534.404		€ 710.891		€ 880.727	
<i>Berekening voor n = 100</i>												
Complexe zorgbehoeften	19%	€ 36.860	8%	€ 15.520	11%	€ 21.340	18%	€ 34.920	18%	€ 34.920	20%	€ 38.800
Kwetsbaar	15%	€ 23.295	10%	€ 15.530	12%	€ 18.636	17%	€ 26.401	30%	€ 46.590	41%	€ 63.673
Robuust	66%	€ 4.422	82%	€ 5.494	77%	€ 5.159	66%	€ 4.422	52%	€ 3.484	39%	€ 2.613
Totaal	€ 64.577		€ 36.544		€ 45.135		€ 65.743		€ 84.994		€ 105.086	

BIJLAGE 5 | Figuren

Figuur B1 Veranderingen in de gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven na 12, 24 en 36 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de EQ-5D-3L (0-1), waarbij een hogere score duidt op een betere gezondheidstoestand

Figuur B2 Veranderingen in de complexiteit van zorgbehoefte na 12, 24 en 36 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de INTERMED-E-SA (0-60), waarbij een hogere score duidt op een hogere complexiteit

Figuur B3 Veranderingen in kwetsbaarheid na 12, 24 en 36 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de GFI (0-15), waarbij een hogere score duidt op een hogere kwetsbaarheid

Figuur B4 Veranderingen in activiteiten van het dagelijkse functioneren na 12, 24 en 36 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de KATZ-15 (0-15), waarbij een hogere score duidt op een afname van het functioneren

Figuur B5 Veranderingen in ervaren kwaliteit van leven na 12, 24 en 36 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met een rapportcijfer (0-10), waarbij een hogere score duidt op een betere kwaliteit van leven

Figuur B6 Verandering in prevalentie van items in het cluster Mentale Functies (GeriatrICS) van ouderen met een probleem bij de start

Figuur B7 Verandering in ernstscore van items in het cluster Mentale Functies (GeriatrICS) van ouderen met een probleem bij de start

Figuur B8 Verandering in prevalentie van items in het cluster Mobiliteit van ouderen met een probleem bij de start

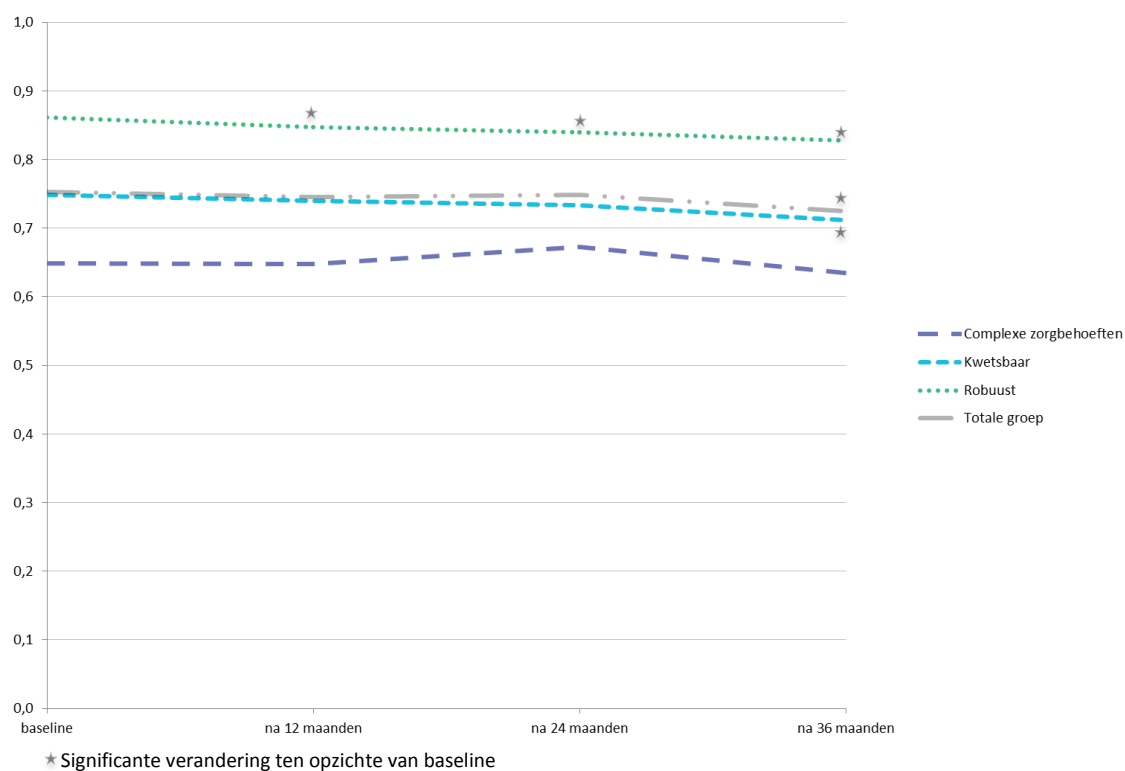
Figuur B9 Verandering in ernstscore van items in het cluster Mobiliteit van ouderen met een probleem bij de start

Figuur B10 Verandering in kosten behorende tot de zorgverzekeringswet na 12, 24 en 36 maanden ten opzichte van de start

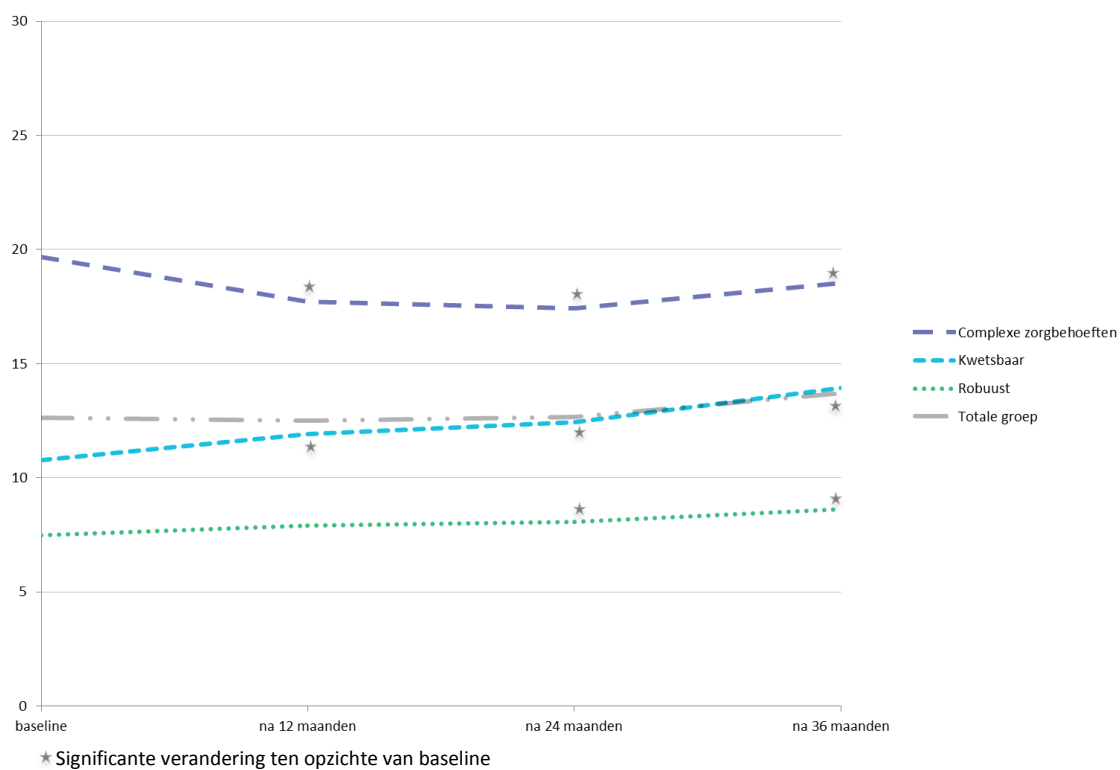
Figuur B11 Verandering in kosten behorende tot de AWBZ na 12, 24 en 36 maanden ten opzichte van de start

Figuur B12 Verandering in kosten behorende tot de Wmo na 12, 24 en 36 maanden ten opzichte van de start

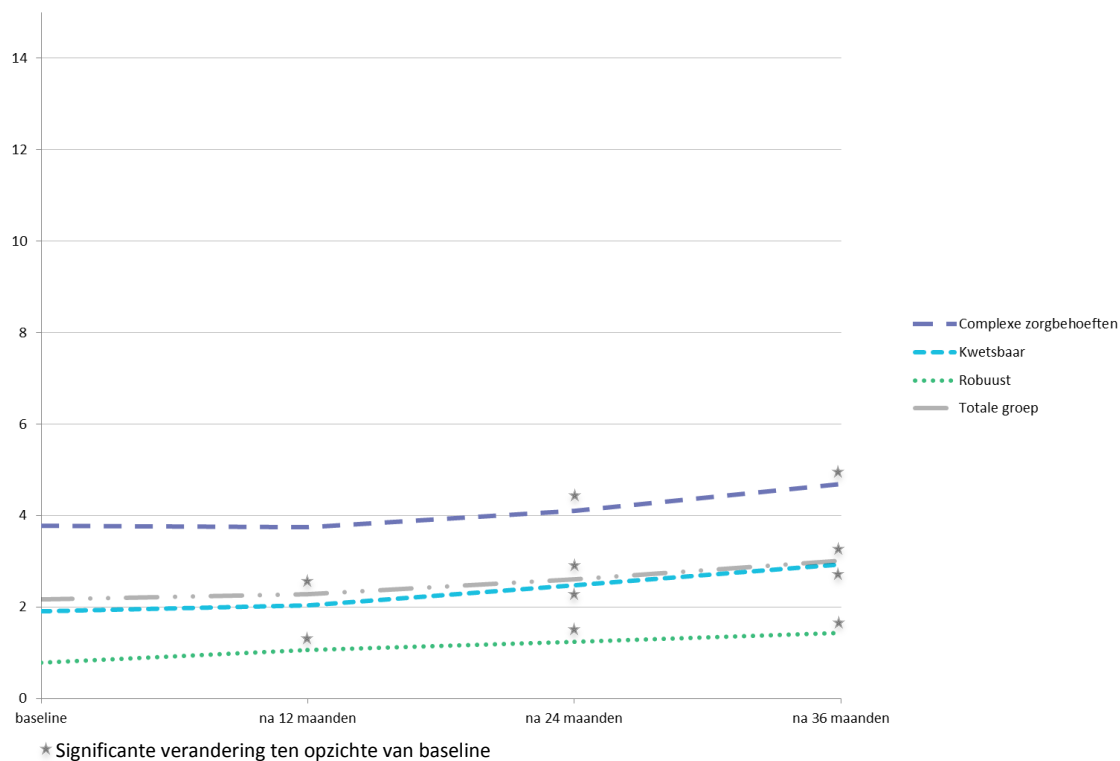
Figuur B13 Veranderingen in mate van implementatie van geïntegreerde ouderenzorg zoals ervaren door de professionals in de Ouderenzorg Teams na 12 en 24 maanden



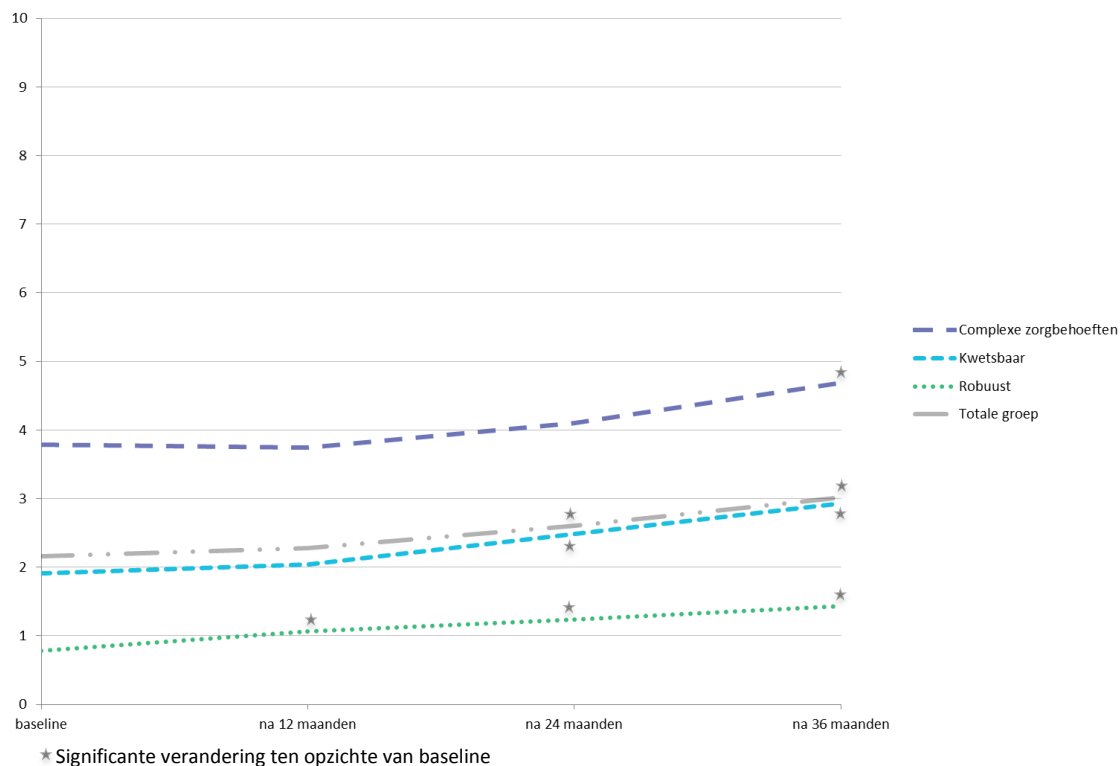
Figuur B1 Veranderingen in de gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven na 12, 24 en 36 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de EQ-5D-3L (0-1), waarbij een hogere score duidt op een betere gezondheidstoestand



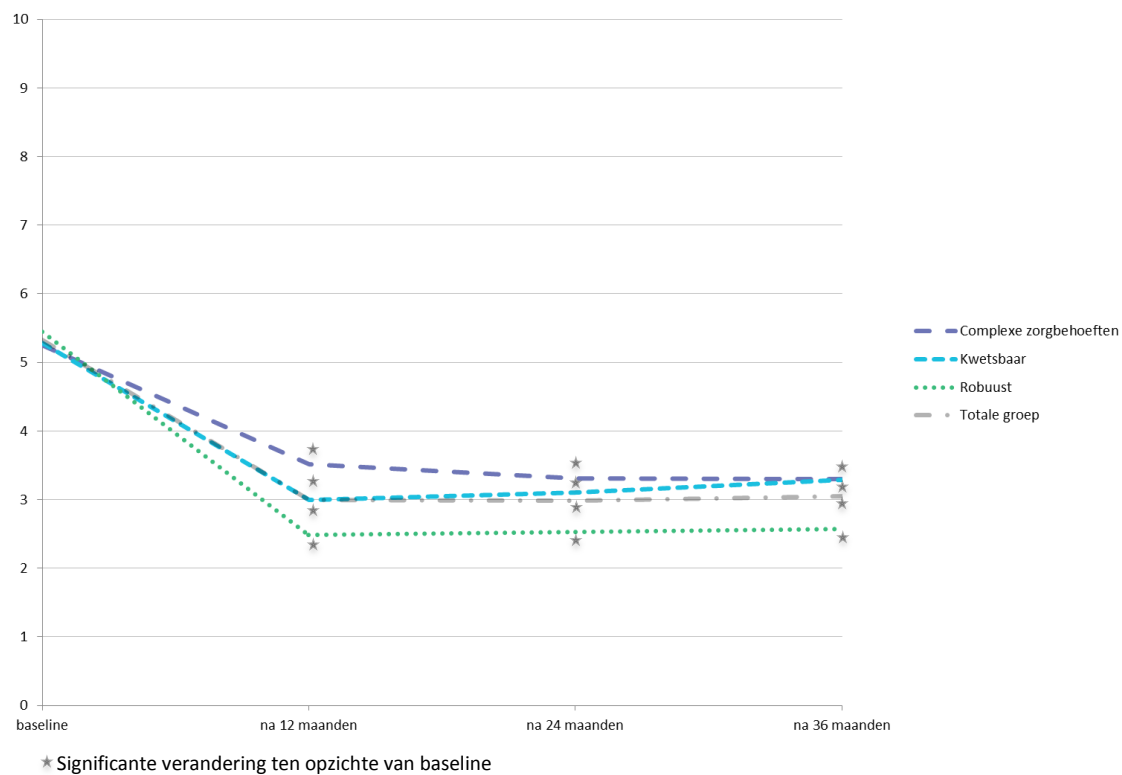
Figuur B2 Veranderingen in de complexiteit van zorgbehoefte na 12, 24 en 36 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de INTERMED-E-SAE (0-60), waarbij een hogere score duidt op een hogere complexiteit



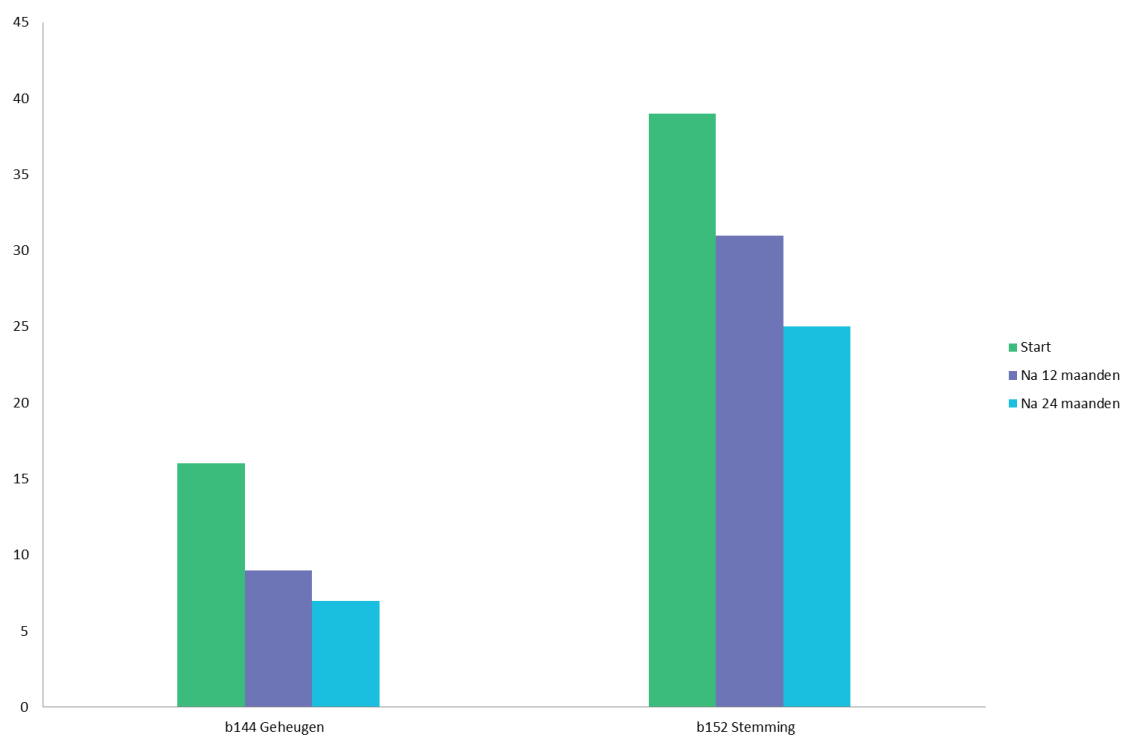
Figuur B3 Veranderingen in kwetsbaarheid na 12, 24 en 36 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de GFI (0-15), waarbij een hogere score duidt op een hogere kwetsbaarheid



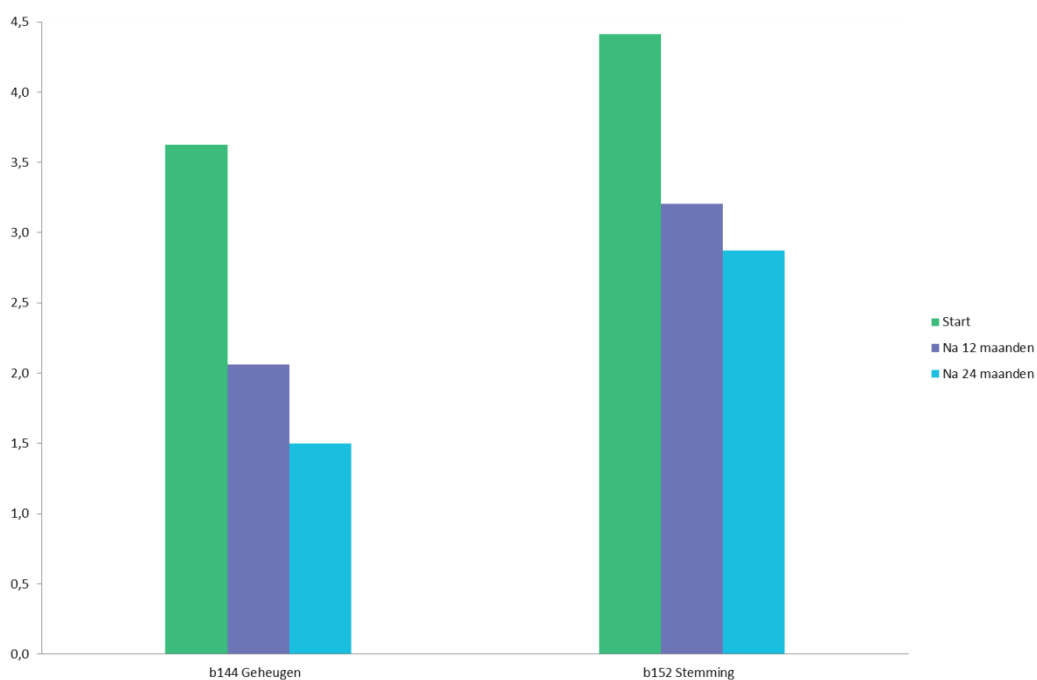
Figuur B4 Veranderingen in activiteiten van het dagelijks functioneren na 12, 24 en 36 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de KATZ-15 (0-15), waarbij een hogere score duidt op een afname van het functioneren



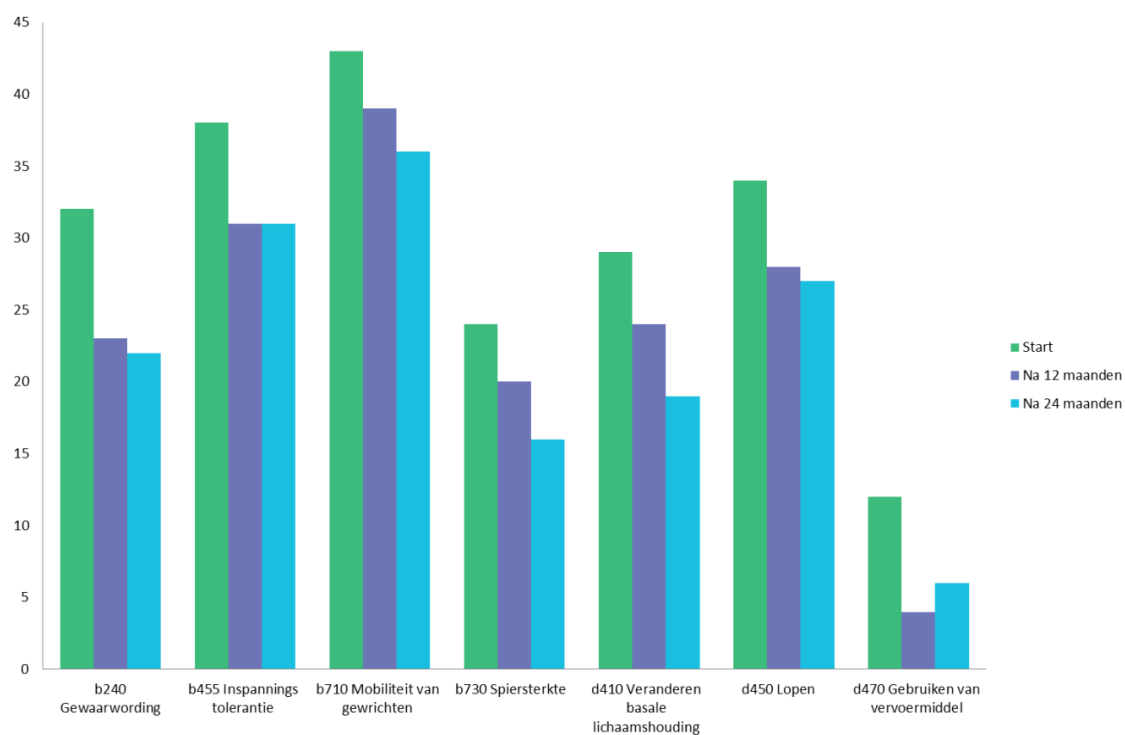
Figuur B5 Veranderingen in ervaren kwaliteit van leven na 12, 24 en 36 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met een rapportcijfer (0-10), waarbij een hogere score duidt op een betere kwaliteit van leven



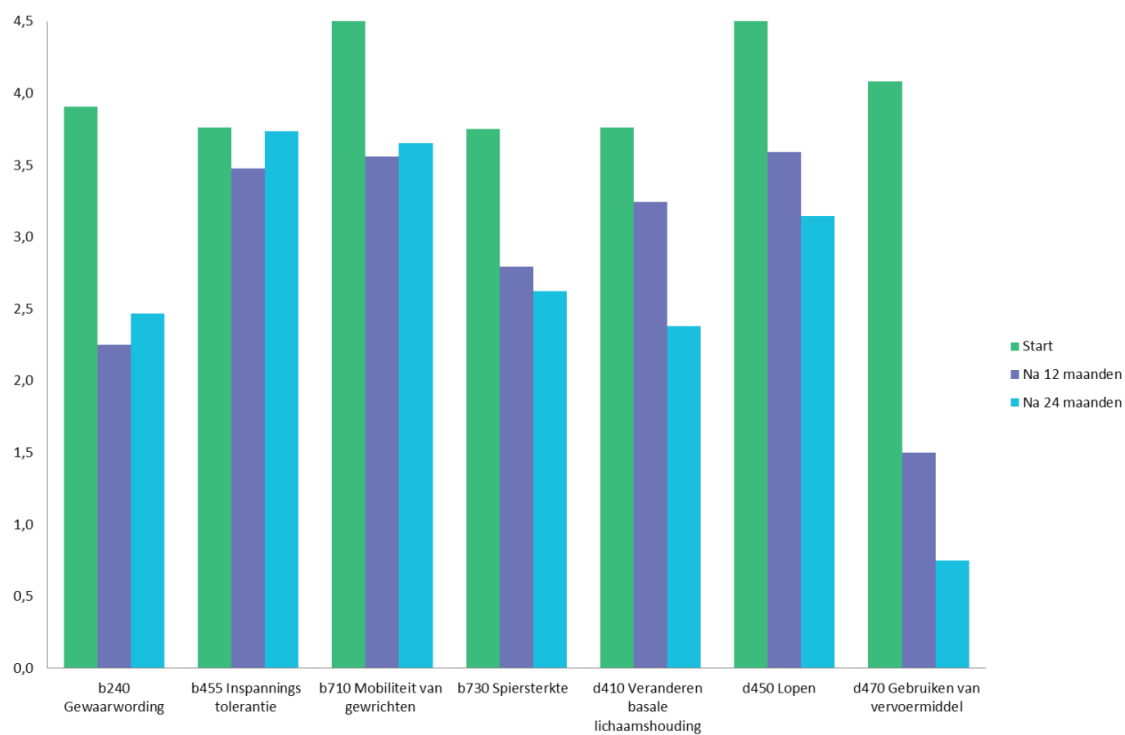
Figuur B6 Verandering in prevalentie van items in het cluster Mentale Functies (GeriatrICS) van ouderen met een probleem bij de start



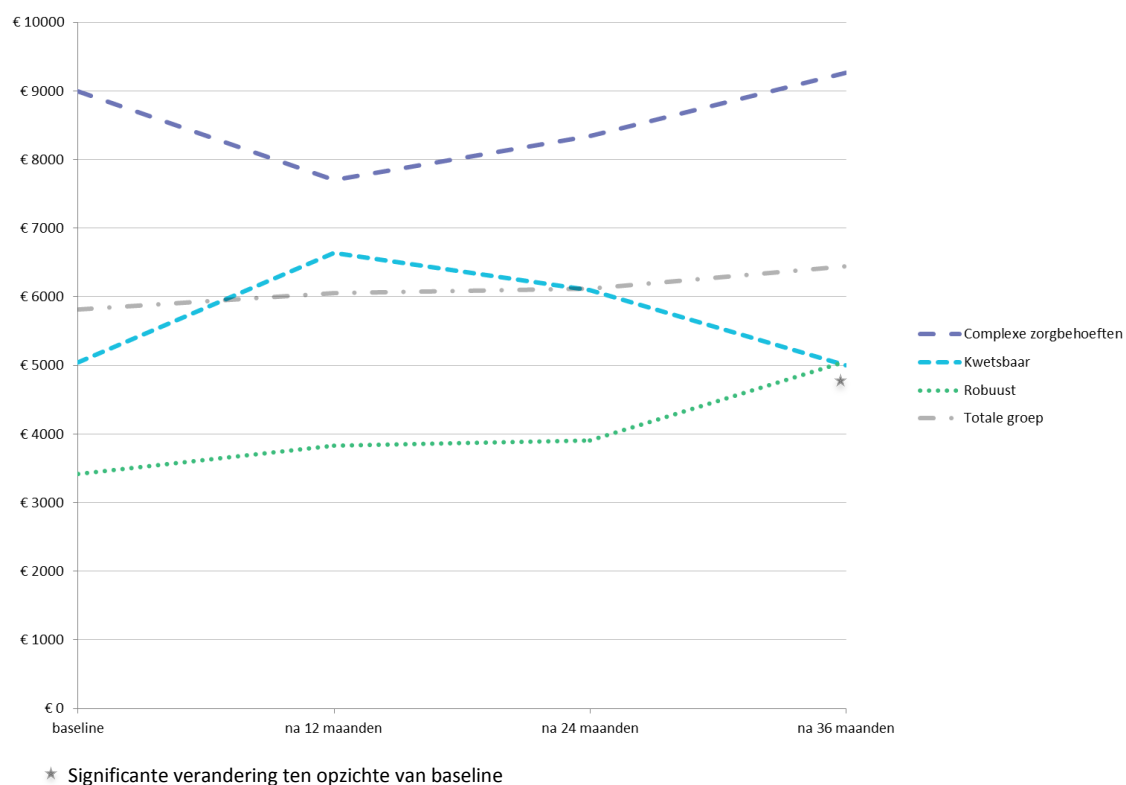
Figuur B7 Verandering in ernstscore van items in het cluster Mentale Functies (GeriatrICS) van ouderen met een probleem bij de start



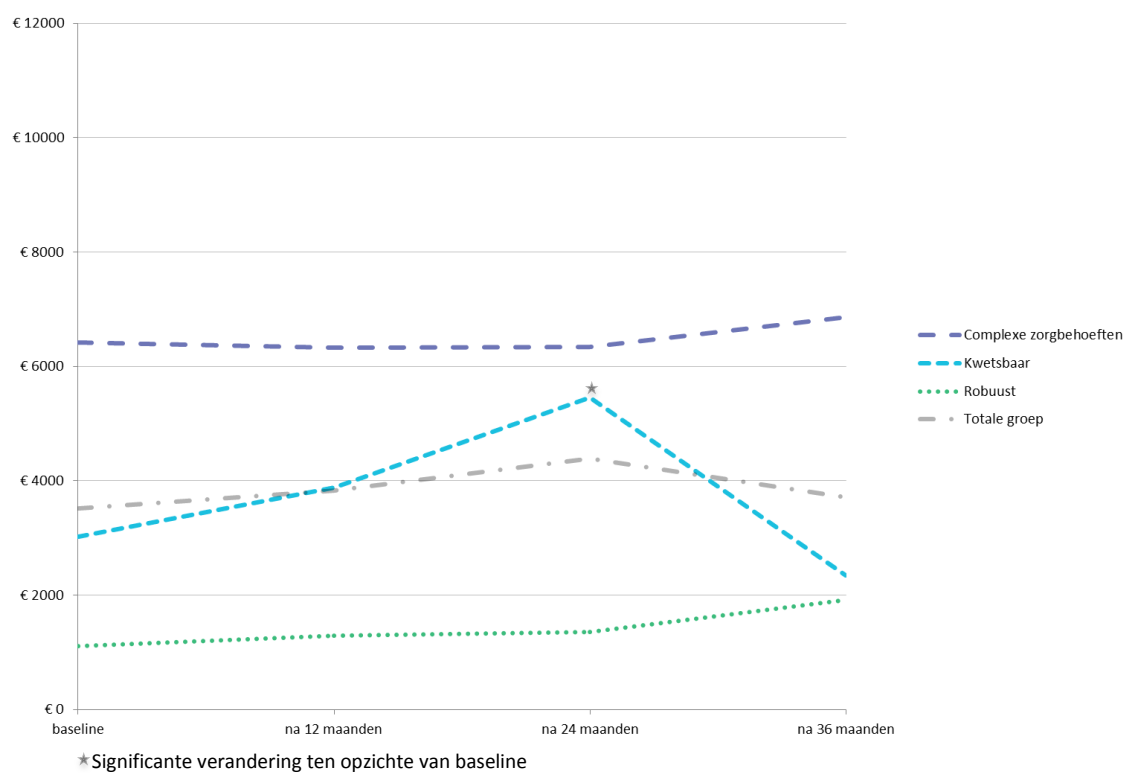
Figuur B8 Verandering in prevalentie van items in het cluster Mobiliteit van ouderen met een probleem bij de start



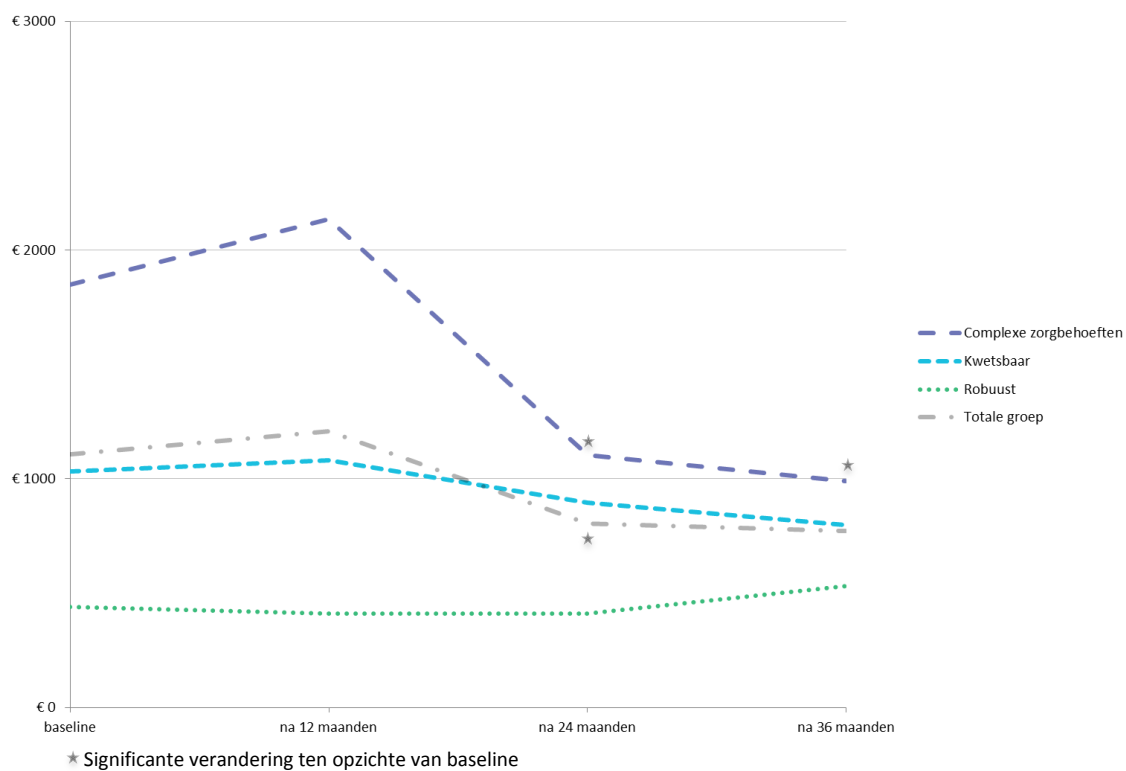
Figuur B9 Verandering in ernstscore van items in het cluster Mobiliteit van ouderen met een probleem bij de start



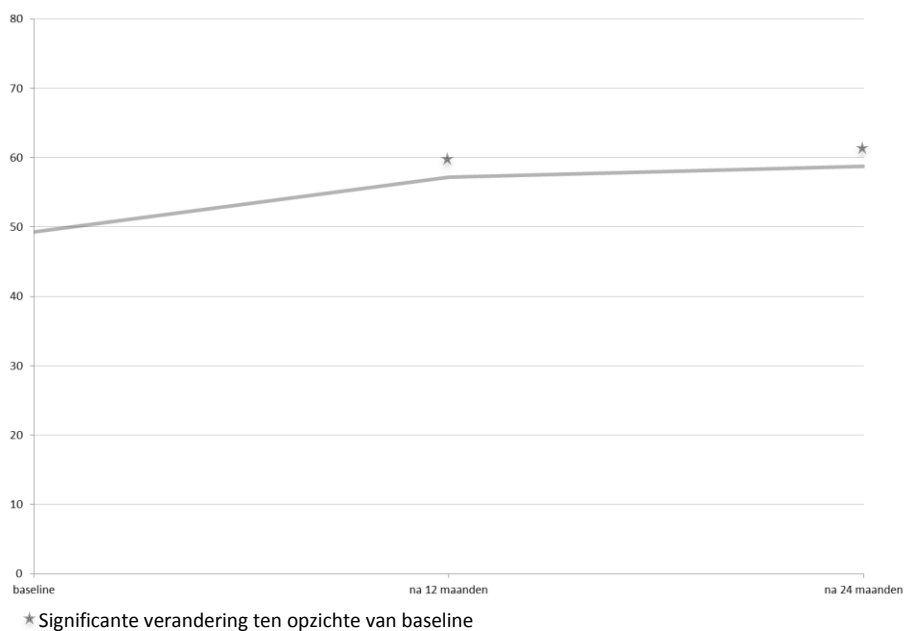
Figuur B10 Verandering in kosten behorende tot de Zorgverzekeringswet na 12, 24 en 36 maanden ten opzichte van de start



Figuur B11 Verandering in kosten behorende tot de AWBZ na 12, 24 en 36 maanden ten opzichte van de start



Figuur B12 Verandering in kosten behorende tot de Wmo na 12, 24 en 36 maanden ten opzichte van de start



Figuur B13 Veranderingen in mate van implementatie van geïntegreerde ouderenzorg zoals ervaren door de professionals in de Ouderenzorg Teams na 12 en 24 maanden

